

ESTUDO COMPARATIVO DA LEGISLAÇÃO PRIMÁRIA FEDERAL E ESTADUAIS NA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SOBRE A PRESENÇA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA

COMPARATIVE STUDY OF FEDERAL AND STATE PRIMARY LEGISLATION IN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL ON THE PRESENCE OF DENTAL SURGEONS IN INTENSIVE CARE UNITS: A QUALITATIVE ANALYSIS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LEGISLACIÓN PRIMARIA FEDERAL Y ESTATAL EN LA REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL SOBRE LA PRESENCIA DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UN ANÁLISIS CUALITATIVO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n12-294>

Data de submissão: 26/11/2025

Data de publicação: 26/12/2025

Rafaela Gallerani

Mestre em Saúde Pública

Instituição: Universidad Europea del Atlántico

E-mail: galleranirafaela@gmail.com

Mariana Barbosa

Professora

Instituição: Universidad Europea del Atlántico

RESUMO

A presença do Cirurgião-Dentista nas Unidades de Terapia Intensiva desempenha um papel crucial nos cuidados com a higiene bucal, na prevenção e tratamento de complicações bucais com impactos sistêmicos. Nas Unidades de Terapia Intensiva, onde o foco é o atendimento a pacientes em estado crítico, exigindo monitoramento constante, a atenção à saúde bucal tem revelado eficácia no controle de agentes infecciosos, destacando a importância das legislações primárias e secundárias para a integração do Cirurgião-Dentista nas equipes de cuidados intensivos. O objetivo geral desta pesquisa é analisar o conteúdo das leis e projetos de lei relacionados à saúde bucal nas Unidades de Terapia Intensiva. Este estudo explora a necessidade de uma regulamentação clara para a saúde bucal nessas unidades, considerando sua relevância intrínseca na recuperação e bem-estar dos pacientes. A investigação foi conduzida de julho a novembro de 2023, identificando a proposição da legislação estadual e federal, bem como suas respectivas legislações promulgadas, relacionada à saúde bucal nas Unidades de Terapia Intensiva em todo o Brasil. Dentre as regiões brasileiras, a região Centro-Oeste demonstrou uma abrangência total, com todos os estados promulgando leis específicas relacionadas ao exercício do Cirurgião-Dentista em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e/ou em ambientes hospitalares. O termo "Auxiliar de Saúde Bucal na Equipe" se destaca nos Projetos de Lei, representando 17,24%, enquanto nas Leis publicadas não são encontradas referências, o que sugere uma possível lacuna de regulamentação para a equipe multiprofissional em conjunto com o Cirurgião-Dentista. Adicionalmente, na categoria de financiamento, os Projetos de Lei registram 17,24%, contrastando com 36,36% nas Leis, indicando uma ênfase maior na legislação consolidada quanto aos aspectos financeiros relacionados à prática odontológica em ambientes hospitalares. Observa-se uma uniformidade total na categoria "Menção de Cirurgião-Dentista/Odontólogo", com uma taxa de 100% tanto nos Projetos de Lei quanto nas Leis. Essa consistência normativa indica uma transição paradigmática, pois anteriormente, a responsabilidade pela saúde bucal estava predominantemente

atribuída à equipe de enfermagem e médica. O consenso atual destaca o reconhecimento central dos profissionais CD nesse contexto, indicando uma mudança significativa nos padrões de atenção à saúde bucal. Concluímos que os resultados desta dissertação indicam a importância do planejamento legislativo em níveis nacional e estadual para a integração do Cirurgião-Dentista no contexto hospitalar. A análise qualitativa revela as disparidades nas disposições legislativas, destacando a necessidade de uma abordagem abrangente e coordenada para garantir a inclusão efetiva do profissional de odontologia no ambiente hospitalar. Esse enfoque considera não apenas as nuances legais em nível nacional, mas também as especificidades presentes nas legislações estaduais, evidenciando a complexidade do cenário legislativo relacionado à atuação do Cirurgião-Dentista em contextos hospitalares.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Legislação Cirurgião-Dentista UTI. Legislação Saúde Bucal UTI. Cirurgião-Dentista. Higiene Bucal.

ABSTRACT

The presence of dental surgeons in intensive care units plays a crucial role in oral hygiene care and in the prevention and treatment of oral complications with systemic impacts. In intensive care units, where the focus is on caring for critically ill patients requiring constant monitoring, attention to oral health has proven effective in controlling infectious agents, highlighting the importance of primary and secondary legislation for the integration of dentists into intensive care teams. The overall objective of this research is to analyze the content of laws and bills related to oral health in Intensive Care Units. This study explores the need for clear regulations for oral health in these units, considering its intrinsic relevance to patient recovery and well-being. The investigation was conducted from July to November 2023, identifying state and federal legislation proposals, as well as their respective enacted laws, related to oral health in Intensive Care Units throughout Brazil. Among Brazilian regions, the Midwest region demonstrated total coverage, with all states enacting specific laws related to the practice of dental surgeons in intensive care units (ICUs) and/or hospital environments. The term “Dental Assistant on the Team” stands out in the Bills, representing 17.24%, while no references are found in the published Laws, suggesting a possible regulatory gap for the multidisciplinary team working alongside the Dental Surgeon. Additionally, in the financing category, the bills register 17.24%, contrasting with 36.36% in the laws, indicating a greater emphasis in consolidated legislation on financial aspects related to dental practice in hospital settings. There is complete uniformity in the category “Mention of Dental Surgeon/Dentist,” with a rate of 100% in both bills and laws. This normative consistency indicates a paradigm shift, as previously, responsibility for oral health was predominantly attributed to nursing and medical teams. The current consensus highlights the central recognition of CD professionals in this context, indicating a significant change in oral health care standards. We conclude that the results of this dissertation indicate the importance of legislative planning at the national and state levels for the integration of Dental Surgeons in the hospital context. Qualitative analysis reveals disparities in legislative provisions, highlighting the need for a comprehensive and coordinated approach to ensure the effective inclusion of dental professionals in the hospital environment. This approach considers not only the legal nuances at the national level, but also the specificities present in state legislation, highlighting the complexity of the legislative scenario related to the practice of dental surgeons in hospital contexts.

Keywords: Intensive Care Unit. Legislation Dental Surgeon ICU. Legislation Oral Health ICU. Dental Surgeon. Oral Hygiene.

RESUMEN

La presencia del cirujano dentista en las unidades de terapia intensiva desempeña un papel crucial en el cuidado de la higiene bucal, la prevención y el tratamiento de complicaciones bucales con repercusiones sistémicas. En las unidades de terapia intensiva, donde la atención se centra en pacientes en estado crítico que requieren una monitorización constante, la atención a la salud bucodental ha demostrado su eficacia en el control de agentes infecciosos, lo que pone de relieve la importancia de la legislación primaria y secundaria para la integración del cirujano dentista en los equipos de cuidados intensivos. El objetivo general de esta investigación es analizar el contenido de las leyes y proyectos de ley relacionados con la salud bucodental en las unidades de terapia intensiva. Este estudio explora la necesidad de una regulación clara para la salud bucodental en estas unidades, teniendo en cuenta su importancia intrínseca en la recuperación y el bienestar de los pacientes. La investigación se llevó a cabo entre julio y noviembre de 2023, identificando la propuesta de legislación estatal y federal, así como sus respectivas leyes promulgadas, relacionadas con la salud bucodental en las Unidades de Terapia Intensiva de todo Brasil. Entre las regiones brasileñas, la región Centro-Oeste demostró una cobertura total, con todos los estados promulgando leyes específicas relacionadas con el ejercicio de la odontología en unidades de terapia intensiva (UTI) y/o en entornos hospitalarios. El término «auxiliar de salud bucodental en el equipo» destaca en los proyectos de ley, con un 17,24 %, mientras que en las leyes publicadas no se encuentran referencias, lo que sugiere una posible laguna normativa para el equipo multiprofesional en conjunto con el cirujano dentista. Además, en la categoría de financiación, los proyectos de ley registran un 17,24 %, en contraste con el 36,36 % de las leyes, lo que indica un mayor énfasis en la legislación consolidada en cuanto a los aspectos financieros relacionados con la práctica odontológica en entornos hospitalarios. Se observa una uniformidad total en la categoría «Mención del cirujano dentista/odontólogo», con una tasa del 100 % tanto en los proyectos de ley como en las leyes. Esta consistencia normativa indica una transición paradigmática, ya que anteriormente la responsabilidad de la salud bucodental se atribuía predominantemente al equipo de enfermería y médico. El consenso actual destaca el reconocimiento central de los profesionales CD en este contexto, lo que indica un cambio significativo en los patrones de atención de la salud bucodental. Concluimos que los resultados de esta tesis indican la importancia de la planificación legislativa a nivel nacional y estatal para la integración del cirujano dentista en el contexto hospitalario. El análisis cualitativo revela las disparidades en las disposiciones legislativas, destacando la necesidad de un enfoque integral y coordinado para garantizar la inclusión efectiva del profesional de la odontología en el entorno hospitalario. Este enfoque tiene en cuenta no solo los matices legales a nivel nacional, sino también las especificidades presentes en las legislaciones estatales, lo que pone de manifiesto la complejidad del panorama legislativo relacionado con la actuación del cirujano dentista en contextos hospitalarios.

Palabras clave: Unidad de Terapia Intensiva. Legislación Cirujano-Dentista UTI. Legislación Salud Bucal UTI. Cirujano-Dentista. Higiene Bucal.

1 INTRODUÇÃO

A presença de Cirurgião-Dentista (CD) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tem se mostrado de suma importância para a promoção da saúde bucal e a prevenção de agravos sistêmicos em pacientes internados. As UTIs são ambientes hospitalares destinados ao tratamento de pacientes em estado crítico, muitos dos quais necessitam de ventilação mecânica, sedação e cuidados intensivos. A condição de saúde bucal desses pacientes frequentemente é negligenciada, o que pode resultar em complicações que vão além da cavidade bucal (1).

A saúde bucal está intrinsecamente ligada à saúde geral, e estudos têm demonstrado uma conexão direta entre infecções orais e problemas sistêmicos, como pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), endocardite, diabetes descompensada e outras condições de risco. Além disso, a presença de biofilme dentário, placas bacterianas e lesões bucais pode servir como fonte de microrganismos patogênicos que, quando aspirados, podem levar a infecções pulmonares graves (2, 3).

Portanto, a inclusão do CD na equipe de saúde das UTIs é essencial para garantir a adequada avaliação da saúde bucal dos pacientes, o controle de infecções e o desenvolvimento de intervenções preventivas. Isso não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes internados, mas também contribui para a redução dos custos hospitalares, ao minimizar complicações evitáveis (3, 4).

No entanto, a presença do CD nas UTIs pode ser desafiadora devido à falta de regulamentação específica em muitas regiões. A ausência de legislação clara pode dificultar a inclusão efetiva desses profissionais nas equipes de cuidados intensivos (5).

Portanto, a implementação de leis que definam as funções e responsabilidades dos CD nas UTIs é crucial para assegurar que esses profissionais possam exercer plenamente seu papel na promoção da saúde bucal e na prevenção de complicações sistêmicas.

A presença do CD nas UTIs e a regulamentação de sua atuação são elementos fundamentais para uma abordagem integral na prestação de cuidados de saúde, integrando a saúde bucal à saúde geral e, assim, contribuindo para a melhoria do prognóstico dos pacientes internados.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo realizar uma análise de Direito Comparado (6) das legislações concernentes à saúde bucal e à inclusão do CD nas UTIs. Este estudo almeja oferecer uma compreensão aprofundada da evolução normativa no tocante a esse tema específico.

Esta pesquisa será disponibilizada como material de referência para iniciativas colaborativas, proporcionando suporte na análise das legislações preexistentes e servindo como fundamento para o desenvolvimento de novos marcos regulatórios. O campo do Direito

Comparado abrange uma diversidade de áreas, abrangendo a saúde, com sua dedicação à análise das distinções e semelhanças entre os sistemas legais (7).

As normas legais atuais têm se esforçado no sentido de assegurar a prestação de assistência abrangente aos pacientes hospitalizados, reconhecendo a conexão entre patologias bucais e enfermidades sistêmicas (4,8). Através da análise da legislação vigente, esta pesquisa visa explorar a questão da presença de CD em UTIs e o contexto dos cuidados odontológicos sob uma perspectiva jurídica, ao mesmo tempo em que investiga os diferentes modelos orçamentários relacionados à integração da Odontologia nas UTIs.

Consequentemente, uma questão de relevância crucial reside na carência de estudos que comparem as legislações relacionadas à presença de CD em UTIs. A inclusão de profissionais de odontologia em UTIs emergiu como um tópico de significativa importância no panorama do sistema de saúde no Brasil.

O emprego do método do Direito Comparado permitirá a obtenção de uma visão mais abrangente e elucidativa a respeito de questões jurídicas de substancial importância no âmbito da saúde.

O objetivo geral deste estudo é analisar o conteúdo de leis e projetos de lei relacionados à saúde bucal nas UTIs. Foram definidos como objetivos específicos:

- a) descrever as semelhanças do conteúdo das leis e projetos de lei sobre saúde bucal nas UTIs;
- b) descrever as diferenças do conteúdo das leis e projetos de lei sobre saúde bucal nas UTIs;
- c) comparar a presença (ou não) de fatores regulatórios (categorias de análise) em cada lei e projeto de lei.

Portanto, a pesquisa contribui para uma compreensão mais aprofundada da legislação de saúde bucal em UTIs e sua relevância para o sistema de saúde como um todo.

2 ARCO TEÓRICO

2.1 ODONTOLOGIA NA UTI

2.1.1 Necessidade da odontologia na UTI

A necessidade da presença de CD nas UTIs revela-se relevante no contexto da preservação da saúde bucal dos pacientes e na mitigação de eventuais complicações sistêmicas. A manifestação de discrepâncias no estado bucal, como a formação de placa bacteriana, a ocorrência de cáries e o desenvolvimento de infecções, tem o potencial de exercer um impacto negativo considerável sobre

a condição clínica dos indivíduos hospitalizados em UTIs, em virtude da intrínseca interdependência entre a saúde bucal e a integridade do sistema corporal (9,10).

Além disso, a participação do profissional de odontologia no contexto das UTIs se insere em um coletivo multidisciplinar, composto por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, que trabalham de forma convergente na prestação de cuidados integral ao paciente. A inclusão dos cuidados odontológicos nessa abordagem abrangente contribui diretamente para a contenção da incidência de infecções hospitalares, uma vez que a cavidade bucal é reconhecida como um portal de entrada para uma variedade de microrganismos potencialmente patogênicos (5,11).

Nesse sentido, torna-se inquestionável o reconhecimento da magnitude da presença do CD nas UTIs. Isso não se justifica apenas com o intuito de cuidar da saúde bucal dos pacientes, mas também com o objetivo de promover a segurança e o bem-estar no âmbito hospitalar como um todo. A promulgação de leis que determinem a obrigatoriedade da presença desses profissionais nas UTIs é, portanto, uma medida importante para assegurar a integridade dos pacientes e a qualidade dos cuidados hospitalares.

2.1.2 O CD como protagonista na equipe de cuidados intensivos

A presença de um CD na equipe multidisciplinar da UTI é essencial para garantir a saúde bucal dos pacientes internados. É fundamental também atentar para a saúde bucal, pois problemas dentários podem afetar negativamente o estado de saúde como um todo (12).

Compor um CD na equipe multidisciplinar da UTI permite que haja um acompanhamento adequado da saúde bucal dos pacientes, prevenindo infecções, diminuindo o risco de aspiração pulmonar e contribuindo para a recuperação mais rápida e eficaz dos pacientes. Assim, o trabalho em conjunto de diferentes profissionais de saúde, incluindo o CD, é essencial para promover um cuidado integral aos pacientes da UTI (13,14,15).

A presença de um CD contratado na UTI promove a integração da equipe multidisciplinar. O CD trabalha em conjunto com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, compartilhando informações relevantes sobre a saúde bucal dos pacientes e contribuindo para um cuidado mais abrangente. Essa integração permite uma abordagem integral no tratamento dos pacientes internados na UTI (16).

Uma pesquisa realizada com profissionais que atuam diretamente em UTIs mostrou que 57% da equipe multidisciplinar e 96% dos profissionais da odontologia consideram importante a presença do CD nesse ambiente. Além disso, 55% dos integrantes da equipe multidisciplinar

concordaram que o CD, atuando no atendimento a pacientes hospitalizados em UTI, resultaria em uma melhora no quadro clínico do paciente (17).

A presença de um especialista em saúde bucal na UTI visa garantir um cuidado minucioso da cavidade bucal dos pacientes. A atuação desse profissional na UTI tem como objetivo prevenir e tratar problemas bucais que possam comprometer a saúde geral do paciente, uma vez que a saúde bucal está diretamente relacionada com o estado de saúde do indivíduo como um todo. Além disso, o CD na UTI possui um olhar clínico diferenciado, capaz de identificar precocemente possíveis complicações bucais e atuar de forma adequada para minimizá-las. É fundamental reconhecer que cada profissional tem sua importância e contribui de forma única para o cuidado integral do paciente no ambiente hospitalar (13,15).

O CD no âmbito hospitalar atua como suporte ao diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na melhora da condição sistêmica. Seja em procedimentos emergenciais relacionados ao trauma, procedimentos preventivos no agravamento da condição sistêmica, ou no surgimento de uma infecção hospitalar, procedimentos restauradores e melhora no reequilíbrio da saúde bucal (16).

Quando o profissional é constante para trabalhar na UTI, ele pode fazer avaliações regulares dos pacientes e fornecer um tratamento odontológico adequado. Essa abordagem permite identificar e tratar problemas bucais precocemente, evitando complicações graves (16).

Ter um CD contratado na UTI traz benefícios significativos para o cuidado dos pacientes. A presença permanente desse profissional permite uma avaliação e tratamento odontológico adequados, prevenção de infecções, alívio da dor e desconforto, melhoria na saúde sistêmica, integração da equipe multidisciplinar, educação e orientação, e contribuição para a pesquisa e desenvolvimento. Essa abordagem promove uma abordagem mais abrangente e especializada no cuidado aos pacientes internados na UTI, contribuindo para a sua recuperação e qualidade de vida (12).

2.1.3 A importância da odontologia na UTI: saúde bucal associada à saúde sistêmica

A presença de um CD na UTI desempenha um papel essencial na prevenção de infecções. Problemas bucais, como cáries e doenças periodontais, podem potencialmente levar ao surgimento de infecções sistêmicas, aumentando o risco de complicações em pacientes já debilitados (11,18,19). Nesse contexto multidisciplinar, as internações em UTI frequentemente desencadeiam uma série de alterações bucais que podem influenciar o estado de saúde dos pacientes, levando a

um aumento no tempo e custo do tratamento hospitalar. Portanto, compreender essas alterações bucais e a importância da atuação do CD é crucial (3,11,20).

As internações em UTIs podem levar a uma série de alterações bucais que podem influenciar o estado de saúde dos pacientes, aumentando o tempo e o custo do tratamento hospitalar. É importante compreender essas alterações e a importância da atuação do CD nesse contexto multidisciplinar (21).

A integração do CD à equipe multidisciplinar do ambiente de UTI é essencial para a assistência integral aos pacientes. Esta colaboração permite um planejamento e coordenação de tratamento integrados, garantindo que a necessidade de saúde bucal dos pacientes tenha interdependência com os cuidados médicos (16,19).

A saúde bucal está diretamente relacionada à saúde sistêmica. Doenças bucais negligenciadas podem contribuir para o surgimento ou agravamento de condições sistêmicas, como doenças cardiovasculares e respiratórias (18,19). A presença de um CD designado na UTI desempenha um papel fundamental na promoção da saúde bucal como um componente essencial da saúde geral, desempenhando um papel crucial na prevenção e tratamento de condições sistêmicas associadas à cavidade bucal (12).

A associação entre saúde bucal e saúde sistêmica é bidirecional, o que significa que não só as doenças sistêmicas afetam a saúde bucal, mas a saúde bucal também tem o potencial de influenciar a saúde sistêmica (20). Por exemplo, doenças sistêmicas, especialmente distúrbios metabólicos como a diabetes, podem ter um efeito prejudicial na saúde bucal. Indivíduos com diabetes mellitus podem apresentar doenças bucais e maior risco de desenvolver e progredir doenças bucais (21).

De acordo com Lopes et al. (22) destacou-se o impacto positivo da presença de CD em ambientes hospitalares. Além de possibilitar tratamentos precoces e eficazes para pacientes com câncer bucal, a atuação odontológica em hospitais levantou questões relevantes sobre cuidados bucais no contexto hospitalar. O estudo sublinhou a necessidade de treinamento tanto para equipes hospitalares quanto para CD, com foco na compreensão do impacto das condições bucais na saúde sistêmica e na implementação de protocolos específicos. Ao colaborar em planejamentos interdisciplinares e atender às necessidades individuais dos pacientes, os CD podem desempenhar um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos hospitalizados.

Além disso, a integração de um CD na equipe da UTI também pode proporcionar experiência em práticas de higiene bucal e técnicas de cuidados bucais para pacientes conscientes

que possam ter dificuldade em realizar tarefas de higiene bucal, como aqueles que apresentam hipossalivação, dificuldade de mastigação e deglutição (23).

No geral, o papel do CD na UTI é multifacetado. Envolve não só o diagnóstico e tratamento de patologias bucais, mas também a prestação de educação e orientação sobre práticas de higiene bucal tanto aos pacientes como a outros profissionais de saúde (24).

Uma das contribuições significativas do CD no controle das infecções hospitalares é o seu conhecimento, avaliação e manejo das condições de saúde bucal. Podem identificar e tratar infecções orais, tais como abcessos dentários ou úlceras orais, que podem servir como fontes potenciais de infecção sistémica. Além disso, o CD pode fornecer medidas adequadas de cuidados bucais para prevenir a colonização e o crescimento de bactérias patogênicas na boca, reduzindo o risco de pneumonia aspirativa e outras infecções respiratórias. Ademais, pode contribuir para a implementação de protocolos de controle de infecção dentro da UTI, incluindo técnicas adequadas de higiene das mãos, esterilização e desinfecção de instrumentos odontológicos e utilização de equipamentos de proteção individual adequados (25).

A pesquisa realizada por Ribeiro et al. (4), que avaliou a eficácia de uma intervenção odontológica em pacientes gravemente enfermos, observou-se que durante o período de intervenção, 5.147 procedimentos odontológicos foram realizados entre 355 pacientes. A análise demonstrou uma redução significativa na taxa de mortalidade na UTI, sugerindo um impacto positivo da intervenção. A taxa de mortalidade diminuiu para 28,71% durante o período de intervenção, em comparação com 36,11%, 32,71% e 32,30% nos três anos anteriores à intervenção. Esses resultados indicam que uma intervenção de cuidados odontológicos focada na higiene bucal e no tratamento periodontal, regularmente fornecida por CD, a pacientes gravemente enfermos, pode reduzir o risco de óbito na UTI.

A saúde bucal desempenha um papel fundamental na saúde geral de uma pessoa, como destacado por Causey et al. (26). Estudos indicam que a saúde bucal se deteriora ao longo do uso da ventilação mecânica e pode contribuir para o desenvolvimento de PAV. A condição bucal no momento da ventilação inicial pode impactar a saúde bucal e iniciar uma PAV. Portanto, é essencial obter um entendimento sólido da saúde bucal no início da ventilação, possibilitando intervenções de higiene bucal mais direcionadas na UTI, potencialmente levando a melhores desfechos para os pacientes.

A hipossalivação, caracterizada pela diminuição do fluxo salivar, é comum em pacientes de UTI devido a interações medicamentosas e à condição clínica. Pode resultar em lábios ressecados, desconforto e maior risco de infecções. No estudo de Takeyasu Y et al. (27), pacientes

sob ventilação mecânica na UTI foram divididos em dois grupos: cuidados bucais padrão (Grupo Padrão) e uso de gel umidificador bucal (Grupo Gel). O Grupo Gel mostrou níveis significativamente mais baixos de contaminação do balonete, indicando a eficácia do gel na prevenção da formação de biofilme e invasão bacteriana na faringe. Isso sugere que a assistência do CD constante pode ser uma estratégia eficaz para prevenção de infecções.

Em consonância, os pacientes internados na UTI podem fazer uso de medicamentos que causam hipossalivação, como anti-hipertensivos, diuréticos e anti-histamínicos. Estes podem necessitar de cuidados adicionais, como o uso de agentes tópicos para manter a umidade da mucosa bucal e, assim, melhorar sua saúde bucal. Essas medidas são cruciais para prevenir infecções e complicações sistêmicas em pacientes de UTI (28).

A importância dos cuidados bucais adequados em pacientes de UTI é notável, uma vez que a higiene bucal comprometida pode resultar no acúmulo de placa bacteriana, promovendo o desenvolvimento de doença periodontal e cárie. A presença de bactérias patogênicas na cavidade bucal pode elevar o risco de complicações sistêmicas, incluindo a pneumonia nosocomial (20). Além disso, infecções fúngicas, como a candidíase bucal, são uma complicações recorrente em pacientes de UTI. A utilização de antibióticos de amplo espectro, que desequilibra a microbiota bucal, pode favorecer o crescimento excessivo do fungo *Candida albicans* (29). Portanto, a manutenção da saúde bucal desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações e no bem-estar dos pacientes em UTI. As alterações orais encontradas em pacientes internados em UTI podem ter um impacto significativo na saúde geral dos pacientes. Além do desconforto e da dor causados por problemas como cárie, doença periodontal e candidíase, essas condições podem levar a complicações sistêmicas (30) e aumentar o tempo de internação e os custos do tratamento hospitalar (3).

2.1.3.1 Doenças periodontais e sua relação com alterações sistêmicas

A saúde periodontal desempenha um papel crucial em vários aspectos da saúde bucal e do bem-estar geral. A saúde periodontal não é apenas importante para a manutenção dos dentes e gengivas, mas também tem repercussões sistêmicas que podem afetar a saúde geral de uma pessoa (31).

Estudos demonstraram que uma boa saúde bucal não é apenas essencial para a higiene bucal e o bem-estar social, mas também tem um impacto positivo na saúde geral, na qualidade de vida de um indivíduo e até mesmo nas doenças inflamatórias crônicas. Uma dessas doenças é a

diabetes, que tem sido consistentemente associada a um aumento da prevalência de gengivite e periodontite (32).

A presença de doenças periodontais, incluindo gengivite e periodontite, não apenas afeta negativamente a saúde bucal, mas também desempenha um papel significativo no agravamento de doenças sistêmicas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, complicações durante a gravidez e osteoporose. Além disso, a periodontite está intimamente relacionada à promoção da inflamação sistêmica crônica (31,32,33).

Doenças crônicas inflamatórias, tais como diabetes, artrite e doenças cardíacas, estão sendo cada vez mais reconhecidas como fatores que podem influenciar negativamente a saúde do periodonto. Além disso, os efeitos recíprocos das doenças periodontais também são considerados, sugerindo que elas podem desempenhar um papel na progressão das condições sistêmicas. Esse entendimento mútuo entre as doenças permite uma abordagem mais abrangente no gerenciamento das condições inflamatórias no corpo, com o potencial de identificar vias comuns e desenvolver estratégias de tratamento inovadoras (35).

Estudo indica que a terapia periodontal não cirúrgica, conduzida de acordo com o protocolo de terapia periodontal, pode ser benéfica na redução dos níveis de marcadores inflamatórios normalmente associados a doenças cardíacas (35).

Embora doenças dentárias clássicas, como cáries e doença periodontal, geralmente sejam consideradas como tendo pouco impacto na saúde sistêmica, essas doenças surgem de infecções causadas por bactérias com mecanismos de adesão específicos na cavidade bucal. Doenças sistêmicas resultantes de bactérias bucais são geralmente reconhecidas como ocorrendo em pacientes com deficiências imunológicas e nutricionais, especialmente quando as defesas do hospedeiro individual estão comprometidas, permitindo que as bactérias bucais tenham acesso à corrente sistêmica (36).

Há evidências que sugerem uma associação potencial entre a doença periodontal e várias doenças sistêmicas. Estudos exploraram a ligação entre periodontite e doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, doenças renais, artrite reumatóide e doenças malignas (31,32,33,37). Estes estudos demonstraram que certas bactérias presentes na doença periodontal, como a *Porphyromonas gingivalis*, desempenham um papel significativo no desenvolvimento e progressão destas doenças sistêmicas (38).

Descobriu-se que a *Porphyromonas gingivalis*, uma espécie predominante na periodontite, produz proteases e lipopolissacarídeos que ativam vias inflamatórias e causam danos às células endoteliais vasculares (39). Essas alterações destacam a importância de cuidados odontológicos

abrangentes, que podem não apenas contribuir para a saúde bucal, mas também potencialmente impactar positivamente o estado de saúde geral dos pacientes, inclusive daqueles que estão sob cuidados intensivos na UTI.

Diversas bactérias frequentemente associadas à doença periodontal, como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum* e *Treponema denticola*, desempenham papéis potencialmente significativos no contexto de doenças sistêmicas. Um dos mecanismos pelo qual essas bactérias podem contribuir para o desenvolvimento de condições sistêmicas é a indução da inflamação crônica. A inflamação crônica é reconhecida como um fator central no surgimento e avanço de diversas doenças sistêmicas (40).

O cuidado da doença periodontal em pacientes na UTI é um aspecto crucial dos cuidados gerais com o paciente que não pode ser subestimado. Pacientes internados na UTI frequentemente apresentam um risco aumentado de desenvolver doença periodontal devido a uma série de fatores, tais como intubação prolongada, a necessidade de ventilação mecânica, comprometimento do sistema imunológico e desafios na manutenção da higiene bucal (12).

Segundo revisão sistemática de Paju e Scannapieco (41), a má saúde bucal, a dependência de auxílio na realização da higiene bucal diária e a colonização bucal por patógenos periodontais e respiratórios, todos possivelmente influenciados pela periodontite, estão associados à pneumonia nosocomial. No entanto, ainda não foi estabelecida uma relação causal direta entre a periodontite e a pneumonia. Com base nos estudos revisados, os autores afirmam que é desafiador determinar se a periodontite está relacionada à pneumonia em pacientes na UTI, por exemplo, devido ao acesso limitado à cavidade bucal desses pacientes e à rápida rotatividade de pacientes no hospital, o que apresenta desafios logísticos para pesquisas desse tipo. Assim, a higiene bucal de pacientes dentados e edêntulos torna-se relevante em um ambiente nosocomial.

Medidas profiláticas têm sido objeto de estudo devido à sua eficácia na redução da colonização periodontal e na ocorrência de infecções nosocomiais em pacientes da UTI. Um estudo realizado por Genuit et al. (42) investigou o impacto do uso de enxaguante bucal com clorexidina a 0,12% em 95 pacientes internados na UTI em comparação com um grupo de controle submetido a procedimentos periódicos. Os resultados revelaram uma redução significativa na incidência de infecções nosocomiais em pacientes de UTI que receberam enxaguante bucal com clorexidina. A inclusão da clorexidina no protocolo de prevenção de PAV resultou em uma redução significativa e atraso na ocorrência de PAV de 37% no geral, 75% para pneumonia tardia associada à ventilação mecânica (após 25 dias de internação).

Considerando a sólida associação entre a periodontite e as doenças sistêmicas, é essencial priorizar a profilaxia e terapia periodontal para a saúde e o bem-estar. Isso pode ser alcançado por meio de avaliações odontológicas periódicas e da adesão a boas práticas de higiene bucal, incluindo escovação e uso de fio dental sob supervisão e com a execução de um profissional de odontologia. Em casos de agravamento, a periodontite pode exigir abordagens terapêuticas mais invasivas, como a realização de procedimentos de raspagem e alisamento radicular, cirurgia periodontal, todos com a utilização de agentes antimicrobianos. Adicionalmente, é essencial que os indivíduos afetados por condições sistêmicas estejam cientes da possível correlação entre sua enfermidade e a periodontite (43).

2.1.4 A odontologia como aliada no controle de infecções hospitalares: o papel do CD na UTI

Nos últimos anos, tem surgido uma conscientização crescente sobre o potencial papel da odontologia no controle de infecções hospitalares, particularmente em UTIs. Diversas pesquisas têm evidenciado os impactos adversos das condições orais, como cárie dentária, gengivite e doença periodontal, na saúde sistêmica e no estado geral dos pacientes hospitalizados (5). Profissionais CD, possuem a capacidade de fazer contribuições significativas para a prevenção e gerenciamento das infecções hospitalares em ambientes de terapia intensiva.

A integração da odontologia na UTI desempenha um papel multifacetado na prevenção de complicações infecciosas. A PAV pode estar intrinsecamente ligada às condições bucais, onde a presença de biofilmes dentários e focos infecciosos na cavidade bucal pode contribuir para a colonização pulmonar por micro-organismos patogênicos. Da mesma forma, pacientes com condições cardíacas subjacentes, como endocardite, estão em risco de desenvolver infecções sistêmicas, onde as infecções bucais podem servir como fonte de bactеремia. Além disso, a pele, muitas vezes lesionada por dispositivos, como o tubo orotraqueal, pode ser suscetível a infecções. A abordagem odontológica na UTI abrange a avaliação e o tratamento de condições bucais críticas, a promoção de cuidados adequados e a minimização de focos infecciosos. Isso, por sua vez, reduz a carga bacteriana do paciente, minimizando os riscos associados à PAV, endocardite e infecções cutâneas (44).

A presença de CD em equipes multidisciplinares pode levar a uma redução significativa nas taxas de pneumonia nosocomial em UTIs (45). Há uma associação entre bactérias bucais e pneumonia, especialmente em pacientes hospitalizados, como aqueles em UTIs. As bactérias bucais podem ser aspiradas para os pulmões, causando infecções respiratórias, incluindo a pneumonia. Isso pode ocorrer devido à presença de biofilmes dentários, que servem como

reservatórios de bactérias, e também a ventilação mecânica. Portanto, a manutenção da higiene bucal e o tratamento de doenças bucais são essenciais na prevenção de infecções respiratórias nosocomiais (46).

A saúde bucal desempenha um papel fundamental na prevenção da endocardite infecciosa, especialmente em pacientes com infecções odontogênicas. É reconhecido que a presença da bacteremia causada por infecções odontogênicas está diretamente relacionada à gravidade da inflamação bucal. Portanto, manter uma saúde bucal ótima é de extrema importância para reduzir o risco de endocardite infecciosa. Isso destaca a importância das práticas abrangentes de cuidados bucais na proteção da saúde de indivíduos suscetíveis. As infecções estreptocócicas pelo grupo bucal de *viridans* (por exemplo, *S. mutans*, *S. mitis*, *S. anguinis*) respondem por quase 20% dos casos de endocardite infecciosa (47).

Um estudo de Amaral et al. (48) concluíram que 58,7% dos pacientes hospitalizados necessitavam de um ou mais tipos de tratamentos odontológicos invasivos, abrangendo tratamentos periodontais, restauradores, cirúrgicos e endodônticos (48). Por sua vez, uma pesquisa de 2018 indicou que 82,5% dos pacientes da UTI estudada demandavam tratamentos invasivos, e 34% necessitavam de intervenções odontológicas, como incisões e drenagens de abscessos dentais. Adicionalmente, mais de 62,2% dos pacientes apresentavam doenças periodontais avançadas que geravam alterações bucais durante o período de hospitalização.

Nos últimos anos, a crescente consciência do papel da odontologia no controle de infecções hospitalares, especialmente em unidades de cuidados intensivos, revela a importância vital dos CD. Eles não apenas desempenham um papel significativo na prevenção e no tratamento de infecções orais, mas também contribuem para a redução das taxas de pneumonia nosocomial e a melhoria geral da saúde dos pacientes hospitalizados. O cuidado odontológico em ambientes críticos é fundamental para enfrentar desafios das alterações bucais, garantindo uma abordagem integral para a saúde dos pacientes em UTIs (16,17).

2.1.4.1 Pneumonia Nosocomial

A pneumonia nosocomial, também conhecida como pneumonia adquirida no hospital (PAH), é o tipo mais comum de infecção nosocomial na UTI (50). É uma infecção que pode levar a internações hospitalares prolongadas, aumento das taxas de mortalidade e custos mais elevados de saúde. A incidência de pneumonia nosocomial na UTI pode variar entre 9% e 58% (51). A pneumonia nosocomial na UTI pode resultar em taxas de mortalidade de 27% (52).

Existem dois tipos principais de pneumonia nosocomiais na UTI: PAV e PAH. refere-se à pneumonia que se desenvolve em pacientes sob ventilação mecânica. Este tipo de pneumonia é frequentemente causado por bactérias ou outros patógenos que entram nos pulmões concomitante ao tubo do ventilador. Já a PAH é definida como pneumonia que ocorre 48 horas ou mais após a admissão hospitalar e não estava em incubação no momento da admissão (53).

Alguns dos fatores de risco para pneumonia nosocomial na UTI incluem permanência prolongada no hospital (mais de 48 horas), ventilação mecânica, presença de comorbidades (como doença pulmonar obstrutiva crônica ou imunossupressão), aspiração de conteúdo gástrico e exposição a procedimentos invasivos, como intubação endotraqueal ou broncoscopia (54).

A pneumonia nosocomial, que ocorre em pacientes que recebem ventilação mecânica, está correlacionada com a placa dentária e a colonização da orofaringe por bactérias orais. Esta associação é significativa, pois esclarece o papel da higiene bucal na prevenção da PAV e sublinha a necessidade de protocolos abrangentes de cuidados bucais em pacientes ventilados (49).

A evidência sugere que a presença de bactérias na cavidade bucal, especificamente na placa dentária, desempenha um papel significativo no desenvolvimento de pneumonia em pacientes ventilados. Essas bactérias podem ser aspiradas para o trato respiratório inferior através do tubo endotraqueal, causando pneumonia nosocomial. Pacientes em ventilação mecânica correm um risco aumentado de desenvolver pneumonia, com bactérias da cavidade bucal servindo como um canal para a entrada de microrganismos no trato respiratório inferior. Esta associação sublinha a importância de manter a higiene bucal e implementar protocolos abrangentes de cuidados orais em pacientes ventilados para reduzir o risco de pneumonia. Concluindo, a PAV e às bactérias da cavidade bucal é uma preocupação significativa no ambiente da UTI. Estudos demonstraram que a colonização da placa dentária por patógenos respiratórios é comum em pacientes ventilados, com aproximadamente 50% dos pacientes adquirindo uma infecção respiratória sendo atribuída a bactérias da cavidade bucal (49).

Patógenos frequentemente responsáveis por pneumonia nosocomial são comumente encontrados colonizando a placa dental e a mucosa bucal de pacientes internados. No entanto, boas técnicas de higiene podem prevenir a progressão da infecção da cavidade bucal em direção ao trato respiratório. Após aproximadamente 24 horas, sem a higienização da cavidade bucal, é possível detectar clinicamente uma camada de placa dental. A ausência dessa camada ou a técnica de higiene bucal adotada estão intimamente relacionadas com o número e a espécie de micro-organismos encontrados. A rota de colonização traqueal foi observada no desenvolvimento de PAV e constatou-se que 80 de 100 pacientes foram colonizados no primeiro dia de ventilação

endotraqueal. Além disso, a cavidade bucal é a primeira fonte de patógenos que causam essa patologia (12).

Os patógenos responsáveis pela pneumonia nosocomial são frequentemente identificados colonizando a placa dental e a mucosa bucal dos pacientes hospitalizados. Contudo, a adoção de técnicas eficazes de higiene bucal pode impedir o avanço da infecção bucal para o sistema respiratório. Após cerca de 24 horas sem a higienização apropriada da cavidade bucal, uma camada de placa dental torna-se clinicamente evidente. A falta dessa camada ou a técnica de higiene bucal selecionada estão intimamente associadas à quantidade e às espécies de microrganismos presentes na cavidade bucal. A rota de colonização da traqueia desempenha um papel no desenvolvimento da PAV, com 80 em cada 100 pacientes colonizados no primeiro dia de ventilação endotraqueal. Adicionalmente, a cavidade bucal representa a fonte inicial dessa patologia (12).

A colonização do biofilme dentário com patógenos respiratórios tem sido observada em pacientes de UTI que posteriormente desenvolvem infecções respiratórias. Segundo pesquisa de Fourrier et al. (55), a quantidade de placa dental aumenta ao longo da permanência na UTI. A colonização da placa dental esteve presente na admissão ou foi adquirida em 40% dos pacientes. Uma cultura positiva na placa dental é significativamente associada a infecções nosocomiais subsequentes. A colonização por patógenos aeróbicos na placa pode ser uma fonte específica de infecção nosocomial em pacientes da UTI. Os patógenos respiratórios encontrados na placa dentária foram geneticamente combinados com aqueles aspirados do fluido broncoalveolar, fornecendo mais evidências do papel causador das bactérias da cavidade bucal no desenvolvimento da pneumonia (19).

No estudo conduzido por El-Solh et al. (56) a colonização da placa dental por patógenos respiratórios aeróbios pode ser um importante reservatório para a pneumonia hospitalar em idosos institucionalizados. Dentre os vinte e oito participantes (57%), verificou-se a colonização de suas placas dentárias por patógenos aeróbios. A maioria dos isolados consistiu em *Staphylococcus aureus* (45%), seguido por bacilos Gram-negativos entéricos (42%) e *Pseudomonas aeruginosa* (13%). Em concordância com a conclusão de Scannapieco et al. (57) os pacientes da UTI médica apresentam má higiene bucal e taxas mais elevadas de colonização por patógenos respiratórios. Os potenciais patógenos respiratórios encontrados na placa dentária e na mucosa bucal dos pacientes da UTI médica incluíram *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, *Pseudomonas aeruginosa* e dez gêneros de bacilos Gram-negativos.

2.1.4.2 Endocardite Bacteriana

A endocardite infecciosa é uma doença com alta morbidade e mortalidade. A microbiota da cavidade bucal é diversificada, com a detecção de mais de 700 espécies bacterianas. A microbiota bucal não é uniforme; existem sítios específicos na cavidade bucal, como língua, palato, bochechas, dentes e bolsas periodontais, que possuem sua própria microbiota. Os fatores envolvidos no desenvolvimento de uma endocardite bacteriana são difíceis de definir, mas uma superfície vulnerável (ou seja, um endocárdio danificado) e uma alta carga bacteriana no sangue parecem ser decisivos. As causas dos microrganismos, em 90% dos casos, são estafilococos, estreptococos e enterococos. Os estreptococos bucais pertencem ao grupo viridans (*Streptococcus mutans* e *Streptococcus sanguis*). Como fazem parte da placa dental, podem entrar na corrente sanguínea, causando bateremia, por meio de hábitos diários, como mastigação ou escovação dos dentes (58).

Após adentrarem a corrente sanguínea, essas bactérias de origem bucal podem aderir às áreas vulneráveis do coração, culminando no desenvolvimento da endocardite bacteriana. No ambiente da UTI, os pacientes podem manifestar imunossupressão e condições médicas subjacentes que ampliam sua propensão à endocardite bacteriana. Adicionalmente, procedimentos odontológicos ou patologias que resultam em sangramento bucal também podem introduzir as bactérias bucais na corrente sanguínea, aumentando, assim, o risco adicional de ocorrência de endocardite bacteriana (59). O tratamento eficaz das infecções periodontais é crucial na redução da inflamação local e da bateremia, reduzindo assim o risco de endocardite bacteriana (58).

Um estudo teve como objetivo avaliar a incidência, duração, natureza e magnitude da bateremia relacionada à endocardite em 290 indivíduos submetidos à extração de um único dente ou à escovação dental. Empregando uma metodologia duplo-cego e controlado por placebo, a pesquisa buscou analisar os efeitos dessas intervenções. Os resultados demonstraram que a incidência cumulativa de bactérias associadas à endocardite, aferida por meio de coletas de sangue, foi de 23% no grupo submetido à escovação dental, 33% no grupo que recebeu amoxicilina antes da extração dentária e 60% no grupo que recebeu placebo antes do procedimento. Estes achados destacam a importância da prevenção da bateremia relacionada à endocardite em contextos odontológicos, enfatizando a relevância de estratégias apropriadas para reduzir os riscos associados a tais procedimentos (60).

Pacientes em ambientes de cuidados críticos apresentam um estado de imunossupressão sistêmica multifatorial, o que os coloca em uma condição de risco potencial para o desenvolvimento de infecções nas cúspides valvulares cardíacas. Isso ressalta a importância de adoção de práticas de higiene bucal minuciosas e regulares. É necessário promover maior

conscientização sobre a importância da higiene bucal, com iniciativa multidisciplinar, englobando não apenas profissionais de enfermagem e médicos, mas também CD. A sepse odontológica, potencialmente letal, pode ser prevenida com medidas apropriadas (61).

2.1.5 A importância da legislação sobre odontologia na UTI

A presença de profissionais de odontologia em UTIs assume grande relevância no contexto do sistema de saúde brasileiro. A legislação vigente procura assegurar uma abordagem integral aos pacientes hospitalizados, reconhecendo a interdependência entre patologias orais e sistêmicas (62).

A regulamentação concernente à atuação odontológica nas UTIs é de extrema importância. Os pacientes sob cuidados intensivos apresentam notável suscetibilidade à degradação da saúde bucal e ao desenvolvimento de infecções. Evidências demonstram que mesmo um curto período de internação hospitalar pode contribuir para o agravamento das condições de saúde bucal, risco este ainda mais acentuado no ambiente da UTI, onde a intubação e a ventilação mecânica são procedimentos frequentes. O CD desempenha um papel de importância crucial na prestação de cuidados bucais aos pacientes da UTI, dada a sua expertise e capacidade de avaliar e atender às necessidades específicas de saúde bucal desses pacientes (63).

A legislação no domínio da odontologia na UTI influência no atendimento e nos desfechos clínicos dos pacientes. Assegura que os profissionais de odontologia estejam investidos por embasamento jurídico com meios necessários para providenciar os cuidados bucais requeridos aos pacientes da UTI. A dimensão material e formal da legislação estabelece diretrizes para práticas e protocolos de higiene bucal na UTI, conferindo consistência e eficácia a tais procedimentos. Além disso, a regulamentação pode salientar a importância da formação e educação dos profissionais de saúde envolvidos em intervenções de higiene bucal na UTI (64,65).

A legislação se erige como um mecanismo de direitos e do bem-estar dos pacientes sob cuidados intensivos, assegurando que recebam o tratamento odontológico adequado, a fim de prevenir e tratar agravos de saúde bucal. Além disso, promove a atuação multidisciplinar entre os profissionais da odontologia e outros integrantes da equipe de saúde atuantes no contexto da UTI. Tal colaboração facilita a inserção da atenção odontológica no plano geral de cuidados ao paciente, proporcionando ganhos substanciais para os pacientes e reduzindo os riscos de infecções nosocomiais (66).

As propostas das legislações poderão ser embasadas por impactos financeiros. O estudo de análise de impacto financeiro realizado por Simões et al. (67) avaliou a inclusão do CD nas UTIs

do Sistema do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A presença do CD na UTI resultou em uma significativa redução de casos de pneumonia e na diminuição dos custos de hospitalização. A inclusão de CD nas UTIs resulta na redução de casos de pneumonia em 56% e na diminuição da permanência hospitalar em 8,18 dias, o que se traduz em uma economia de 34,92% nos custos de hospitalização. Os resultados indicam que a contratação de CD pelas UTIs resultaria em economias significativas, destacando o impacto positivo da atuação odontológica na UTI, particularmente em situações de pandemia, como a COVID-19, onde a contribuição do CD se mostra crucial para o sistema de saúde.

Entretanto, as leis estaduais versam com teor qualitativo diferentes sobre a atuação dos CD nas UTIs. Essa situação tem gerado lacunas na inserção dos profissionais de odontologia como membros ativos das equipes multidisciplinares nas UTIs.

A falta de qualificação em Odontologia Hospitalar no currículo de graduação em odontologia, conforme evidenciada em pesquisas, pode estar relacionada à necessidade de estabelecer critérios em legislações para a realização de procedimentos odontológicos, especialmente em contextos hospitalares. Essa carência de qualificação pode resultar em uma lacuna significativa no entendimento dos profissionais de saúde, incluindo médicos, em relação aos benefícios e contribuições que os CD qualificados podem oferecer às equipes de UTIs e ambientes hospitalares multidisciplinares. Portanto, a inclusão da qualificação em Odontologia Hospitalar no currículo de graduação e a conscientização dos profissionais de saúde sobre o papel dos CD em contextos hospitalares podem melhorar a colaboração interprofissional e, consequentemente, ter impactos mais favoráveis nos desfechos dos pacientes (68,69).

Com vistas a dirimir essa problemática e assegurar a prestação de cuidados bucais adequados aos pacientes da UTI, é de suma importância estabelecer uma legislação clara e inequívoca que defina a função, as incumbências e as qualificações dos CD no âmbito das UTIs (63). A legislação deve estabelecer os limites da atuação dos CD na UTI, abrangendo sua capacidade para realizar avaliações bucais, proceder à higiene bucal e fornecer os tratamentos requeridos. Ademais, é essencial que essa regulamentação delineie os requisitos educacionais e de formação necessários para que os CD atuem eficazmente no cenário da UTI.

A Odontologia Hospitalar ganhou legitimidade no cenário brasileiro em 2004, com o estabelecimento da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2010, um marco regulatório relevante foi a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 07, de 24 de fevereiro, a qual estabeleceu os requisitos mínimos para o

funcionamento de UTIs e incorporou a assistência odontológica à beira do leito (Art. 18º - VI — assistência odontológica) como componente essencial (70).

Cumpre salientar que a Resolução da Anvisa Nº 7/2010 (70) estabelece as exigências mínimas para o funcionamento das UTIs, inclusive a necessidade de prover assistência odontológica. Essa resolução abrange todas as UTIs do país, independentemente de serem de caráter público ou privado, civil ou militar, e sublinha a importância da abordagem holística e interdisciplinar aos pacientes hospitalizados, integrando as diferentes áreas da saúde, entre as quais se inclui a odontologia.

Em 2010, o Sistema Único de Saúde deu início de forma incipiente a procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar para pacientes com necessidades especiais. Esse avanço representou um passo importante na consolidação da relevância da saúde bucal nas instituições hospitalares, o que culminou na Portaria nº1.032, de 05 de maio de 2010 (71).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) emitiu um novo Código de Ética em 2012, que aborda a Odontologia Hospitalar, delineando seus princípios éticos e morais. O CFO, em 2015, estabeleceu critérios para a atuação do CD na Odontologia Hospitalar. Tais critérios incluem a necessidade de os profissionais possuírem uma habilitação de curso de Odontologia Hospitalar com 360 horas, com o objetivo de promover a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar doenças orofaciais, bem como as manifestações bucais de doenças sistêmicas e suas decorrências terapêuticas (72).

A legislação desempenha um papel fundamental na asseguração de cuidados odontológicos adequados aos pacientes da UTI. Ela enfatiza a relevância da saúde bucal no ambiente hospitalar e realça a contínua necessidade de aprimorar e fortalecer essas regulamentações visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil.

2.1.6 Fundamento jurídico na saúde pública: processo legislativo das leis referente à saúde

A Constituição Brasileira de 1988 desempenha um papel fundamental na consolidação dos direitos fundamentais. Em seu Título II, intitulado "Dos Direitos e Garantias Fundamentais", a carta magna elenca direitos, que variam desde os direitos individuais, também conhecidos como direitos negativos (por exemplo, a liberdade de exercer uma profissão, conforme o artigo 5º, inciso XIII), até os direitos sociais, que compreendem benefícios e serviços, como o direito à saúde, conforme estabelecido no artigo 6º. Além disso, abrange direitos difusos, que englobam toda a sociedade, como o direito a um meio ambiente saudável (73).

A promulgação dessa Constituição é um marco crucial na história do Brasil, pois estabelece de forma sólida e abrangente um conjunto de direitos essenciais para todos os cidadãos. Trata-se de um instrumento legal que protege os indivíduos e garante que a sociedade como um todo desfrute de uma vida digna e de qualidade (74).

Cabe ao Estado a responsabilidade de assegurar a dignidade da pessoa humana, efetivando a igualdade em contextos práticos. No que diz respeito à saúde, esse direito humano fundamental vai além da mera salvaguarda dos direitos e liberdades individuais. O Estado desempenha um papel proeminente na implementação de políticas e ações que conferem benefícios palpáveis à população (73).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não se limitando à ausência de doença ou problemas de saúde. Essa definição serviu como base para as leis constitucionais atuais, que visam tanto à saúde individual, prevenindo doenças, quanto à saúde coletiva, promovendo o bem-estar da comunidade (75).

O campo do direito da saúde abrange o conjunto de normas jurídicas que regulamentam as atividades estatais relacionadas à saúde e estabelecem os recursos disponíveis para a garantia desse direito. Essas normas englobam desde a organização e operação do sistema de saúde até a formulação e implementação de políticas de saúde, além das regras específicas aplicáveis aos bens e serviços relacionados à saúde. Em síntese, trata-se de um sistema legal que aborda todas as questões relacionadas à saúde, governando a estrutura e o funcionamento das instituições encarregadas de promover e defender a saúde (74).

No sistema de saúde do Brasil, o processo legislativo relacionado à saúde é regido por um sistema de competências compartilhadas entre os diferentes níveis de governo. A CF estabelece as bases desse sistema, definindo as responsabilidades de cada ente federativo: União, estados e municípios (76).

Na esfera federal, a União tem a competência para estabelecer as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de leis e regulamentos nacionais. O Ministério da Saúde exerce um papel central na formulação de políticas de saúde em nível nacional (76).

Por sua vez, os estados possuem a autonomia para legislar sobre questões de saúde em conformidade com as diretrizes gerais estabelecidas pela União. Eles podem criar leis estaduais e regulamentos para abordar questões de saúde específicas do estado (76).

O sistema legal que rege a legislação de saúde no Brasil é uma estrutura que se baseia na CF de 1988 e, mais especificamente, no Artigo 24 dessa Constituição. Neste artigo, são delineadas

as competências legislativas relativas à saúde e à divisão de responsabilidades entre a União e os estados (73).

Primeiramente, a Constituição estabelece a competência privativa da União para estabelecer normas gerais sobre saúde, abrangendo a organização do sistema de saúde, diretrizes nacionais e o financiamento do setor. No entanto, a Constituição também reconhece a competência dos estados para legislar sobre questões de saúde específicas, desde que essas normas não entrem em conflito com as diretrizes gerais estabelecidas pela União (73).

Dentro desse contexto, os estados têm a capacidade de criar leis estaduais e regulamentos que abordam questões de saúde que sejam relevantes para as realidades específicas de suas regiões. Essa competência, no entanto, não deve contrariar as normas gerais estabelecidas pela União (76).

Em síntese, o processo legislativo relacionado à saúde no Brasil envolve uma distribuição de competências que equilibra a autoridade federal com a autonomia dos estados, permitindo que os estados legislem sobre questões específicas de saúde, desde que estejam em conformidade com as diretrizes gerais estabelecidas pela União, de acordo com o Artigo 24 da CF de 1988. Isso assegura que as políticas nacionais de saúde sejam seguidas, ao mesmo tempo em que permite que as jurisdições estaduais abordem questões de saúde relevantes em seus territórios (73).

A competência do estado para legislar sobre saúde pode ser exercida por meio de leis ordinárias, a menos que a Constituição estadual estabeleça a necessidade de leis complementares para determinadas questões. Geralmente, as leis ordinárias são suficientes para regular a maioria das questões de saúde a nível estadual. No entanto, se a Constituição do estado estabelecer que certos aspectos da legislação de saúde requerem leis complementares, então essas leis específicas devem ser promulgadas de acordo com os requisitos estabelecidos (77).

As leis ordinárias são relevantes no âmbito da saúde ao permitir a regulamentação de assuntos específicos, tais como a atuação de CD em contextos hospitalares, exemplificados pela presença em UTIs. Essas leis também possibilitam a instituição e execução de programas de saúde dirigidos a diversas esferas, incluindo a saúde bucal. A odontologia em UTIs requer uma regulamentação para assegurar a qualidade da assistência odontológica em ambientes hospitalares críticos. Além disso, as leis ordinárias propiciam a definição de diretrizes e estratégias para promover a saúde bucal, prevenir doenças e fornecer tratamento odontológico, contribuindo assim para uma abordagem integral da saúde no país. Consequentemente, essas leis desempenham um papel essencial na garantia de um sistema de saúde completo e eficiente, tratando tanto de questões gerais quanto de aspectos específicos, como a saúde bucal, que desempenham função na promoção na saúde da população (78,79).

O direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Brasileira, deve ser analisado à luz do crescente número de decisões judiciais que determinam que o governo forneça produtos e serviços de saúde que não foram incorporados às políticas públicas por outros meios. A partir do conceito de saúde estabelecido na Constituição, a garantia do direito à saúde requer políticas sociais e econômicas mais abrangentes. A escassez de recursos impõe limites à formulação de políticas públicas e que a equidade deve ser o princípio subjacente para orientar a alocação de recursos (80).

No âmbito da legislação federal, é pertinente categorizar os projetos de lei relativos à saúde como leis ordinárias. Este enquadramento concede a possibilidade de contribuição para o tema por parte de diversos atores, tais como deputados, senadores, comissões da Câmara e do Senado, presidente da República, Supremo Tribunal Federal, tribunais superiores, procurador-geral da República e, até mesmo, os cidadãos por meio da iniciativa popular. A iniciativa popular requer um apoio substancial, com um mínimo de 1% do eleitorado nacional e a coleta de assinaturas de 0,3% dos eleitores em cada um de cinco estados diferentes. A fase inicial deste processo é denominada anteprojeto de lei e evolui para projeto de lei após a recepção pela Mesa da Casa Iniciadora, que pode ser a Câmara dos Deputados ou o Senado Federal (77).

Uma lei ordinária é um ato legislativo de natureza típica, estabelecendo regras de conduta que se aplicam a todas as pessoas, sem discriminação, em questões específicas que não exigem a promulgação de uma lei complementar de acordo com a Constituição. Estas leis se caracterizam por sua abrangência e abstração, sendo embasadas em critérios gerais e conceituais, e sua natureza é sempre pública. Elas são aprovadas por maioria simples no Poder Legislativo e sujeitas a voto e sanção presidencial. As leis ordinárias compreendem um tipo de legislação que demanda a participação tanto do Poder Legislativo quanto do Poder Executivo durante o processo de elaboração. É essencial destacar que o Congresso Nacional possui o poder de reverter possíveis discordâncias impostas pelo Executivo por meio da derrubada dos vetos (77).

O processo legislativo ordinário, responsável pela criação de leis ordinárias, é composto por três fases distintas: a fase introdutória, a fase constitutiva e a fase complementar. A fase introdutória engloba a apresentação do projeto de lei ao legislativo, que pode ser realizada por parlamentares ou órgãos externos, abordando o conceito de poder de iniciativa. Na fase constitutiva, após a apresentação do projeto de lei ao Congresso Nacional, ocorre uma ampla discussão e votação sobre a matéria nas duas Casas legislativas, determinando a delimitação do objeto a ser aprovado ou rejeitado pelo Poder Legislativo. Neste momento, o chefe do Poder Executivo tem a oportunidade de exercer o voto ou a sanção, que constitui a deliberação executiva.

É importante observar que, no contexto de leis ordinárias, a aprovação do projeto de lei requer apenas a maioria simples dos membros da respectiva Casa Legislativa, o que significa que a maioria dos votos presentes é suficiente, conforme estabelecido no art. 58, § 2º, I, da CF (81). Finalmente, a fase complementar compreende a promulgação e a publicação da lei, onde a promulgação confere à lei seu status de executoriedade e a publicação garante sua notoriedade. Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios devem adotar procedimentos análogos ao modelo federal, com a particularidade de serem compostos por uma única câmara legislativa, como uma Assembleia Estadual ou Câmara Municipal (81).

No Brasil, não há lei federal que obriga a presença de CD nas UTIs. A atuação dos CD em UTIs e hospitais está principalmente regulamentada por meio de leis secundárias. Essas regulamentações estabelecem diretrizes para a atuação de CD em ambientes hospitalares e em UTIs, mas não obrigam a presença de CD nesses locais, pois não possuem força de lei primária.

A presença de CD em UTIs e hospitais geralmente ocorre em função de resoluções, protocolos de atendimento hospitalar, decisões das equipes de saúde e políticas institucionais de saúde dos hospitais. A atuação de CD em UTIs pode ser fundamental para o cuidado bucal e a prevenção de infecções, especialmente em pacientes que estão em situações críticas (70,71,72).

3 DESENHO METODOLÓGICO

A metodologia do estudo abrangeu a legislação promulgada, juntamente com os respectivos Projetos de Leis, de todos os 26 estados da República Federativa do Brasil (RFB) o Distrito Federal da RFB, além da legislação federal. Essa etapa foi fundamental para a integralidade do estudo. Para selecionar as leis aplicáveis ao tema da saúde bucal e à presença do profissional CD na UTI, adotou-se uma abordagem exploratória e incremental. O período de coleta de dados compreendeu do 1º de julho de 2023 a 15 de novembro de 2023. O objetivo primordial foi identificar Leis Ordinárias, Complementares e Projetos de Leis pertinentes de cada estado brasileiro, o Distrito Federal e a Federação.

A pesquisa foi conduzida nos sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas de cada ente federativo. A busca específica utilizou palavras-chave como "odontologia", "bucal", "Dentista", "Unidade de Terapia Intensiva" e "UTI", individualmente, para garantir abrangência na identificação das normativas relacionadas à saúde bucal em UTIs em todo o país.

3.1 PROJETO DE PESQUISA

Projeto de pesquisa abordou a análise da legislação relacionada à saúde bucal em UTIs, envolvendo a coleta de dados, a aplicação de instrumentos de medição e técnicas de análise, e a busca por uma compreensão profunda do panorama legislativo nessa área de estudo. Para o alcance do objetivo específico “Comparar as diferenças e semelhanças nas abordagens da saúde bucal nas UTIs, tanto em âmbito federal quanto estadual”, realizou- se uma pesquisa de abordagem qualitativa no período de 1º de julho de 2023 a 15 de novembro de 2023, recorte transversal e baseada na análise documental de leis e projetos de lei sobre a temática da saúde bucal no ambiente das UTIs no Brasil.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra da pesquisa consistiu em dois tipos de documentos: leis e projetos de lei. Identificamos um total de 11 leis estaduais e 29 projetos de leis relacionados ao tema em questão. Os critérios de inclusão abrangeram Projetos de Leis e Leis que abordavam a odontologia ou saúde bucal na UTI ou hospital. Foram excluídos aqueles que não tratavam especificamente da odontologia no contexto hospitalar ou de UTI. A Tabela 3.1 demonstra os documentos analisados nesta pesquisa.

Determinados projetos de lei foram excluídos da análise devido à sua eficácia temporal restrita à pandemia de COVID-19 ou possuir um novo projeto de lei em processo de tramitação após o voto.

Tabela 1: Leis e Projetos de Leis Odontologia Hospitalar e/ou UTI

Estado	Legislação (Leis/Projetos)	Número Lei/Projeto de Lei
Acre	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei N° 53/2015
Alagoas	Lei Ordinária N° 8.009, de 18 de abril de 2018	Projeto de Lei N° 468/2017
Amapá	Lei Ordinária N° 2.508, de 04 de setembro de 2020	Projeto de Lei N° 195/2019
Amazonas	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei N° 149/2016
Bahia	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei N° 24.216/2021

Ceará	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 185/2022
Distrito Federal	Lei Ordinária Nº 5.744, de 09 de dezembro de 2016	Projeto de Lei Nº 252/2015
Espírito Santo	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 72/2018 Projeto de Lei Nº 493/2020
Goiás	Lei Ordinária Nº 21.460, de 22 de junho de 2022.	Projeto de Lei Nº 278/2019
Maranhão	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 469/2019
Mato Grosso	Lei Ordinária Nº 10.659, de 28 de dezembro de 2017	Projeto de Lei Nº 190/2016
Mato Grosso do Sul	Lei Ordinária Nº 5.163, de 20 de março de 2018	Projeto de Lei Nº 59/2017
	Lei Ordinária Nº 5.930, de 16 de agosto de 2022	Projeto de Lei Nº 110/2021
Minas Gerais	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 125/2023
Pará	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 644/2023
Paraíba	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 2.709, de 2021.
Paraná	Lei Ordinária Nº 18.120 de 25 de junho de 2014	Projeto de Lei Nº 561/2009
Pernambuco	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 599/2019
Piauí	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 148/2013
Rio de Janeiro	Lei Ordinária Nº 6.580, de 07 de novembro de 2013	Projeto de Lei Nº 1.982/2009
Rio Grande do Norte	Não promulgada ou sem acessibilidade	Não proposta ou sem acessibilidade
Rio Grande do Sul	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 275 /2020

Rondônia	Lei Ordinária Nº 4.082 de 19 de junho de 2017	Projeto de Lei Nº 640/2017
Roraima	Lei Ordinária Nº 1.381, de 13 de abril de 2020	Projeto de Lei Nº 36/2019
Santa Catarina	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 429/2021
São Paulo	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 282/2009
Sergipe	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 178/2023
Tocantins	Não promulgada ou sem acessibilidade	Projeto de Lei Nº 238/2020

Fonte: Autores.

3.3 INSTRUMENTOS DE MEDICAÇÃO E TÉCNICAS

Durante o estudo, as proposições e promulgações legislativas foram compiladas para cada estado e da federação com o auxílio de planilhas eletrônicas, como o Google *Sheets*, para a organização e tabulação de dados qualitativos. A coleta dos dados forma realizados no sítio eletrônico de cada ente federativo e com uma dupla verificação no sítio eletrônico da União Nacional Dos Legisladores e Legislativos Estaduais que tem como objetivo reunir a legislação de vários estados brasileiros em um só ambiente, exceto para legislação federal. A Tabela 3.2 demonstra os sítios eletrônicos utilizados nesta pesquisa.

Tabela 2 Sítios Eletrônicos como Fontes de Pesquisa

Estado	Sítio Eletrônico para Leis	Sítio Eletrônico para Projeto de Leis
Acre	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=ac https://sapl.al.ac.leg.br/materia/pesquisar-materia	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=ac https://sapl.al.ac.leg.br/materia/pesquisar-materia
Alagoas	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=al https://www.al.al.leg.br/processo-legislativo/materias-legislativas	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=al https://www.al.al.leg.br/processo-legislativo/materias-legislativas

Amapá	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=ap http://www.al.ap.gov.br/	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=ap http://www.al.ap.gov.br/
Amazonas	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=am https://sapl.al.am.leg.br/materia/pesquisar-materia	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=am https://sapl.al.am.leg.br/materia/pesquisar-materia
Bahia	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=ba https://www.al.ba.gov.br/atividade-legislativa-nova	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=ba https://www.al.ba.gov.br/atividade-legislativa-nova
Ceará	https://bancodeleis.unale.org.br/legislacao2/default.aspx?busca=avancada&uf=ce https://www.al.ce.gov.br/paginas/proposicoes	https://bancodeleis.unale.org.br/spl2/?uf=ce https://www.al.ce.gov.br/paginas/proposicoes

Fonte: Autores.

A análise de conteúdo foi adotada como método investigativo para examinar o texto, com a especificação de categorias que abrangem diversos aspectos relacionados à presença do CD em UTIs. Estas categorias, delimitadas para aprofundar a compreensão, incluíram: a exigência de presença do CD, a necessidade de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) qualificação e registro profissional dos dentistas, tipos de assistência odontológica prestada, supervisão de profissionais, obtenção de consentimento informado, custos associados aos serviços, penalidades e sua natureza, regulamentação para execução, prazo de vigência das regulamentações, número de leitos/portes das instalações hospitalares, distinções entre hospitais e UTIs públicas e privadas. Essas categorias foram estrategicamente delineadas para fornecer uma análise abrangente e aprofundada do cenário regulatório e operacional relacionado à presença do CD em UTIs.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi utilizada para a análise textual da pesquisa. Esta técnica classifica os segmentos de texto em função de seus respectivos vocabulários e, em sua maioria, apresenta cerca de três linhas. A variação desses segmentos ocorre de acordo

com a transcrição do pesquisador e o tamanho do corpus do pesquisador, que caracterizam o conjunto de texto que será analisado.

A análise de similitude é baseada na teoria dos grafos e permite a identificação de ocorrências entre as palavras. Os resultados da análise também mostram as conexões entre as palavras e ajudam a descobrir a estrutura de um corpus textual. A análise também distingue as partes comuns e as especificidades de acordo com as variáveis ilustrativas (descritivas) encontradas na análise (82).

Diante do supracitado, a tabela 3.3 explicita as decisões e operações metodológicas utilizadas com o tipo de abordagem, coleta da amostragem, amostra e tipos de análise realizadas.

Tabela 3: Decisões e operações metodológicas

Objetivos de Pesquisa	Abordagem	Coleta Amostragem	Amostra	Análise
<p>a) descrever as semelhanças do conteúdo das leis e projetos de lei sobre saúde bucal nas UTIs.</p> <p>b) descrever as diferenças do conteúdo das leis e projetos de lei sobre saúde bucal nas UTIs.</p> <p>c) comparar a presença (ou não) de fatores regulatórios (categorias de análise) em cada lei e projeto de lei.</p>	Qualitativa	Por Acessibilidade	Leis e Projetos de Lei no Brasil	Análise de similitude Classificação Hierárquica Descendente Análise de conteúdo

Fonte: Autores.

3.4 PROCEDIMENTOS

No decorrer deste estudo, as etapas conduzidas seguiram uma sequência metodológica definida. Inicialmente, houve a definição do tema, que envolveu a avaliação da relevância e da pertinência de investigar a legislação relacionada à saúde bucal em UTIs.

Ao total foram identificados 11 leis estaduais e 29 projetos de lei sobre este assunto. A primeira análise de dados que foi realizada é a CHD, a qual ocorre em três etapas: a) preparação e codificação do texto transscrito; b) geração da CHD e c) a interpretação das classes obtidas (83). No caso específico deste estudo, por não se tratar de entrevistas, entende-se que não há transcrição de dados, apenas preparação do texto existente, advindo das leis e projetos de lei. A preparação do texto foi simples, sendo retirados símbolos e expressões que não agregavam às análises, como parágrafos e artigos, característicos de redações técnicas da área do direito.

A CHD foi utilizada para a análise textual da pesquisa. Esta técnica classifica os segmentos de texto em função de seus respectivos vocabulários e, em sua maioria, apresenta cerca de três

linhas. A variação desses segmentos ocorre de acordo com a transcrição do pesquisador e o tamanho do corpus do pesquisador, que caracterizam o conjunto de texto que será analisado. O grupo desses segmentos é organizado de acordo com a frequência das formas reduzidas, sendo utilizado o teste do qui-quadrado para realizar a associação (ou não) entre as palavras e as classes (83).

Complementarmente à Classificação Hierárquica Descendente, foi realizada a Análise de Similitude. A análise de similitude é baseada na teoria dos grafos e permite a identificação de ocorrências entre as palavras. Os resultados da análise também mostram as conexões entre as palavras e ajudam a descobrir a estrutura de um corpus textual. A análise também distingue as partes comuns e as especificidades de acordo com as variáveis ilustrativas (descriptivas) encontradas na análise (82).

Para realizar a CHD e a análise de similitude, fui utilizado software Iramuteq, inicialmente desenvolvido na língua francesa e aprimorado para análises na língua portuguesa em 2013. Este software é foi desenvolvido sob a plataforma R (estatística) e permite a realização de análises lexicais diversas e consolidadas (82).

Por fim, foi realizada uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um procedimento bem estabelecido usado para examinar materiais textuais de várias origens, desde produtos de mídia até dados de entrevistas. Ele serve como uma abordagem empírica que facilita um retrato sistemático e transparente dos atributos substanciais e formais das mensagens. A técnica se baseia na utilização de categorias derivadas de modelos teóricos. Normalmente, essas categorias são implementadas para analisar textos, em vez de serem desenvolvidas diretamente do próprio material, embora o exame das categorias em relação aos textos analisados seja, sem dúvida, viável. O objetivo principal da análise de conteúdo é classificar o conteúdo dos textos atribuindo declarações, frases ou palavras a um sistema estruturado de categorias (84).

Por fim, ressalta-se que os resultados das análises de dados são gerados a posteriori. Ou seja, não serão definidos critérios ou categorias de análise antes da elaboração da CHD, da Análise de Similitude ou mesmo da Análise de Conteúdo.

A amostragem foi estabelecida por acessibilidade e por homogeneidade (85), pois foram tratados documentos semelhantes (leis e projetos de lei) entre si, apenas. Além disso, somente foram analisados os documentos que foram encontrados nas buscas realizadas na internet.

Após o tratamento dos dados, as análises foram conduzidas no software IRAMUTEQ. O IRAMUTEQ é um software gratuito e com fonte aberta, o qual permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas individuais e palavras (86). A análise de conteúdo foi realizada

manualmente, sendo as categorias de análise criadas de forma incremental, após a leitura de cada documento. Após a criação de uma nova categoria, todos os documentos passavam por nova análise, garantindo a adequação das categorias aos documentos.

Na condução da análise qualitativa por meio da análise de conteúdo das leis e projetos de leis relacionados à odontologia hospitalar e UTIs, buscou-se identificar padrões recorrentes, categorias emergentes e nuances significativas. A abordagem adotada compreendeu uma revisão textual que envolveu leitura e codificação sistemática dos documentos legais, visando compreender disposições específicas relacionadas à prática odontológica em contextos normativos. Foram examinados aspectos formais (processuais) e materiais (substantivos) normativos, evidenciando tanto elementos convergentes quanto discrepâncias. A análise qualitativa permitiu a identificação de temas transversais, lacunas potenciais e tendências evolutivas, proporcionando uma visão aprofundada das dinâmicas normativas que orientam a prática odontológica em ambientes hospitalares e de UTI. Na continuidade, para controle eficiente dos dados extraídos, a ferramenta de análise de dados empregada foi o *Google Sheets*. Os testes estatísticos selecionados envolveram uma abordagem específica utilizando a técnica incremental, escolhida com o propósito de identificar padrões emergentes textuais. Essa estratégia, aliada à ferramenta de planilha, proporcionou uma estrutura metodológica robusta para a interpretação sistemática das variações no conteúdo normativo, contribuindo de maneira significativa para a compreensão da dinâmica legislativa nesse contexto específico.

A presente pesquisa foi dispensada de apreciação pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as situações previstas nas resoluções correspondentes. Essa dispensa ocorre em casos específicos, como pesquisas que fazem uso exclusivo de informações de acesso público, conforme estabelecido pela Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e pesquisas que envolvem informações de domínio público. É relevante ressaltar que este estudo não foi submetido ao CEP devido à sua natureza e ao atendimento dos critérios que dispensam essa análise, conforme estabelecido pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa decisão está alinhada com as normativas éticas vigentes, assegurando que a pesquisa esteja em conformidade com as regulamentações aplicáveis (87).

4 RESULTADOS

Para uma compreensão contextualizada da legislação relacionada à saúde bucal em UTIs, foram realizadas análises qualitativas. A coleta de dados foi empregada com o uso de palavras-chave específicas nos sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas, técnica fundamental para a

identificação das leis e projetos de leis de interesse. Essa abordagem permitiu uma análise aprofundada do cenário legislativo relacionado à saúde bucal em UTIs.

A RFB compreende um total de 26 estados e um Distrito Federal. Dentre essas unidades federativas, é relevante observar que 10 estados brasileiros já publicaram legislações específicas que abordam a presença da Odontologia em ambientes hospitalares, direcionando-se, por vezes, à UTI. Essas iniciativas estaduais indicam um reconhecimento crescente da importância da integração da odontologia nos contextos hospitalares, evidenciando um movimento normativo em favor da melhoria da assistência à saúde. Somente a Região Centro-Oeste da RFB possui leis publicados referente ao CD nos hospitais e UTIs.

Figura 1 Comparativo Geográfico dos Estados com Leis Referente a Odontologia na UTI/Hospitalar



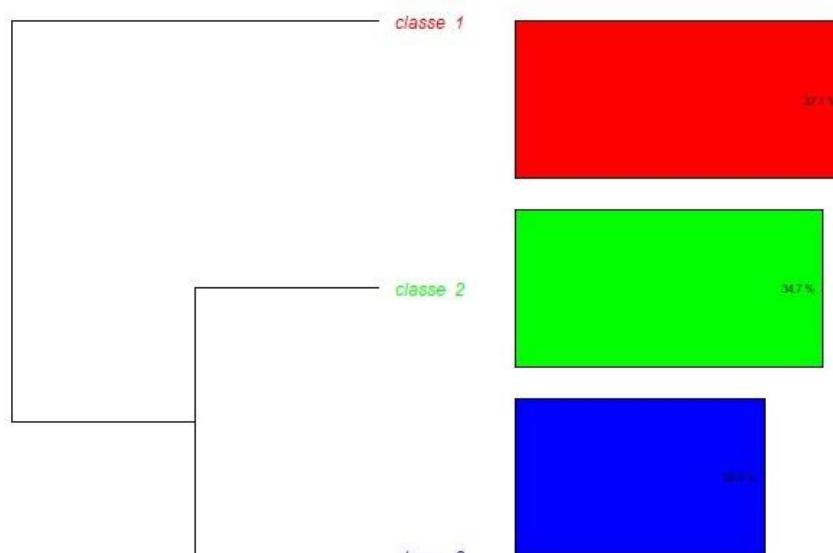
Fonte: Autores.

O primeiro Projeto de Lei Federal referente à obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas UTI e outras disposições foi proposto pelo então deputado federal Neilton

Mulim da Costa, sob o número 2776/2008. Posteriormente, surgiram os Projetos de Leis Estaduais Nº 282, DE 2009 e Nº 1982/2009, apresentados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente. Cabe destacar que apenas o Projeto de Lei do estado do Rio de Janeiro foi aprovado, concretizando-se em 2012 (88, 89; 90)

Para CHD, o corpo geral foi constituído por 31 textos, separados em 153 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 124 STs (81,05%). Emergiram 5597 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 647 palavras distintas e 203 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1 - “Legalidades e Penalidades”, com 46 ST (37,1%); Classe 2 - “Presença obrigatória de profissionais de odontologia nas UTIs”, com 43 ST (34,68%); Classe 3 - “O que é a assistência odontológica”, com 35 ST (28,23%).

Figura 2: Dendrograma das Classes da CHD



Fonte: Autoras.

Classe 1 versa a parte formal das leis, com inclusão das penalidades. Esta classe compreende 37,1% ($f = 46$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 67,85$ (publicação) e $\chi^2 = 4,11$ (Poder Executivo). Essa classe é composta por termos como “vigor” ($\chi^2 = 67,85$); “lei” ($\chi^2 = 66,38$); “descumprimento” ($\chi^2 = 50,46$); “aplicação” ($\chi^2 = 20,47$); “fiscalização” ($\chi^2 = 14,5$) e “orçamentário” ($\chi^2 = 7,01$).

A classe em questão trata de conteúdos referentes à aplicação, fiscalização e aspectos orçamentários da lei ou projeto de lei em análise.

Classe 2 refere-se a presença de profissionais de odontologia nos hospitais e UTIs. Esta classe compreende 34,68 % ($f = 43$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e

radicais no intervalo entre $\chi^2 = 48,23$ (obrigatório) e $\chi^2 = 4,47$ (rede). Essa classe é composta por termos como “Unidades de Terapia Intensiva” ($\chi^2 = 41,36$); “profissional” ($\chi^2 = 36,5$); “cuidado” ($\chi^2 = 29,74$); “multiprofissional” ($\chi^2 = 23,58$); “atendimento” ($\chi^2 = 13,25$); “emergência” ($\chi^2 = 6,11$) e “responsabilidade” ($\chi^2 = 5,79$).

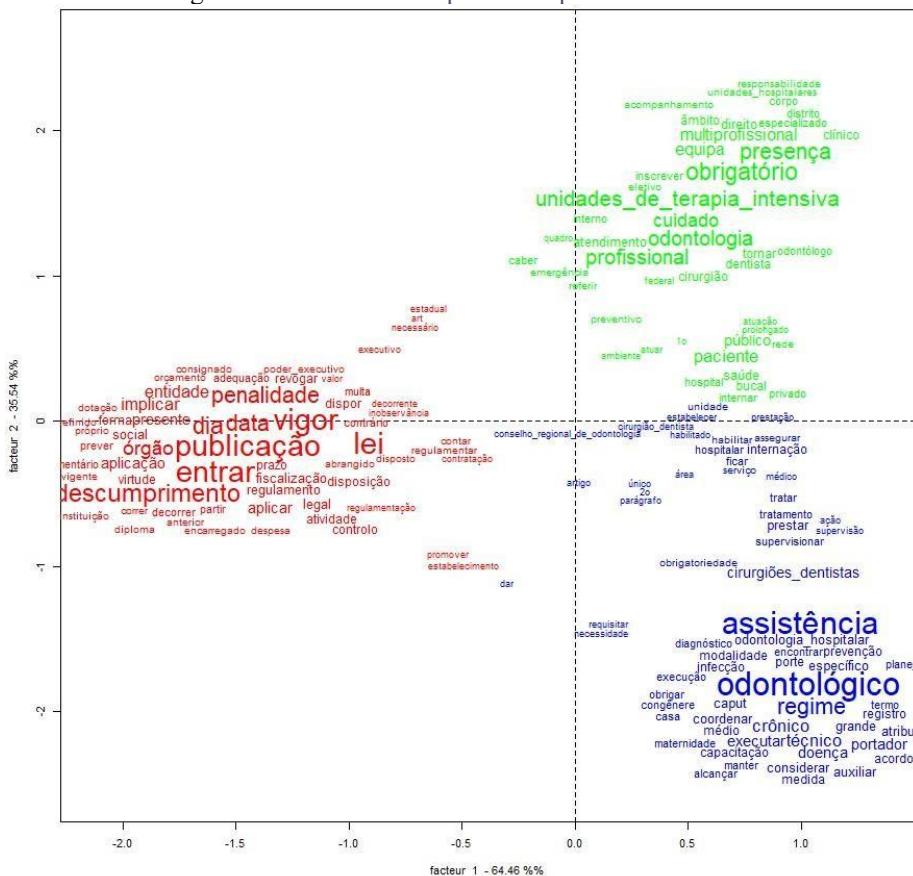
A classe em questão trata de conteúdos referentes à presença dos profissionais de odontologia nas UTIs dos hospitais públicos e privados, além das responsabilidades destes profissionais na composição de uma equipe multiprofissional.

Classe 3 faz alusão ao âmbito da assistência odontológica. Esta classe compreende 28,23% ($f = 35$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 78,94$ (odontológico) e $\chi^2 = 4,13$ (assegurar). Essa classe é composta por termos como “assistência” ($\chi^2 = 75,31$); “doença” ($\chi^2 = 21,75$); “cirurgiões dentistas” ($\chi^2 = 17,0$); “odontologia hospitalar” ($\chi^2 = 14,83$); “internação” ($\chi^2 = 12,73$) e “registro” ($\chi^2 = 10,51$).

A classe em questão trata de conteúdos referentes à assistência odontológica executada pelos profissionais cirurgiões dentistas, em UTIs ou em regime de internação, além da atuação com pacientes portadores de doenças crônicas.

Por fim, a Figura 4.2 apresenta a análise fatorial por correspondência, com o agrupamento de palavras por cores e dimensões, as quais formam as classes obtidas na CHD.

Figura 3: Análise Fatorial por Correspondência da CHD



Fonte: Autoras.

A Figura 4.3 apresenta a análise de similitude resultante das análises dos projetos de lei e leis. Por meio da análise baseada na teoria dos grafos, é possível identificar as ocorrências textuais entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. As cores na imagem foram determinadas manualmente, a fim de facilitar a interpretação dos dados.

Figura 4: Análise de Similitude



Fonte: Autoras.

Há quatro agrupamentos de palavras bem determinados na análise de similitude, os quais complementam a interpretação obtida na CHD. Percebe-se que a palavra paciente é central na análise, dando a entender que o foco das políticas públicas é o paciente.

O atendimento a este paciente é obrigatório (agrupamento verde), realizado em UTIs por profissionais de odontologia, inseridos em uma equipe multiprofissional. Tanto hospitais privados quanto públicos são obrigados a seguir esta legislação (agrupamento cinza), a qual prevê penalidades para o descumprimento desta (agrupamento laranja).

A análise de conteúdo (tabela 4.1) compreendeu o agrupamento de categorias que representam conceitos ou temas compartilhados nas legislações. Essa categorização facilita a identificação de padrões e tendências ao longo dos dados. A categorização compreendeu: CD/odontólogo; obrigatório ter CD; TSB; ASB; profissionais habilitados; qualificação dos Dentistas; registro profissional; tipos de assistência; supervisão de profissionais; consentimento informado; custos associados; penalidades; tipos de penalidades; regulamentação da penalidade; regulamentação para execução; prazo para vigência; número de leitos/porte; hospitais; UTIs; público e privado.

Tabela 4: Critérios para Análise de Categorias

Categoria de Análise	Descrição da categoria
ASB	A categoria "ASB" referiu-se à participação do profissional auxiliar na composição da equipe em conjunto com o CD.
Consentimento Informado	A avaliação do "Consentimento Informado" foi conduzida para examinar a conformidade da lei em relação à ênfase no documento de consentimento informado.
Custos Associados	A análise da categoria "custos associados" englobou a modalidade de pagamento relacionada ao financiamento da odontologia hospitalar/UTI.
CD/Odontólogo	A categoria de CD/odontólogo foi analisada para garantir a inclusão da assistência odontológica ou do CD nas leis ou propostas legislativas, visando assegurar a participação desse profissional na prestação de cuidados à saúde bucal.
Hospitais	A categoria "hospitais" foi incluída com o propósito de avaliar a extensão geográfica do escopo de atuação.
Número de Leitos/Porte	A análise do "Quantitativo de Leitos/Porte" foi realizada para verificar a aplicabilidade da lei a um hospital/UTI específico.
Obrigatório ter CD	A categoria "obrigatório ter CD" foi examinada com a finalidade de destacar a especificação nas leis e projetos de lei, indicando que os profissionais devem ser CDs.
Penalidades	A categoria "penalidade" foi avaliada com o objetivo de compreender as consequências da falta de observância ou da observância inadequada a um comportamento descrito pela norma jurídica.
Prazo de vigor	A categoria "prazo para vigência" foi examinada sob a perspectiva temporal, considerando o momento em que a norma jurídica passa a ter aplicabilidade plena. Considerou-se normas com prazos estipulados.
Privado	A categoria "privado" foi examinada com o intuito de delimitar o âmbito da legislação para incluir hospitais ou unidades privadas.
Profissionais Habilidos	A avaliação dos "profissionais habilitados" foi conduzida considerando a necessidade de habilidade específica para atuação no ambiente hospitalar/UTI, abrangendo não apenas os Cirurgiões- CD, mas também outras categorias profissionais.
Público	A categoria "público" foi examinada com o intuito de delimitar o âmbito da legislação para incluir hospitais ou unidades públicas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).
Qualificação dos CDs	A análise da "qualificação dos CDs" foi realizada no contexto da exigência de competência específica para desempenho no ambiente hospitalar/UTI.
Registro Profissional	A avaliação do "registro profissional" foi conduzida considerando a menção na legislação sobre a necessidade de possuir inscrição no Conselho de Classe.
Regulamentação para Execução	A avaliação da "regulamentação para execução" considerou as disposições citando futura definição de regulamento ao cumprimento da norma jurídica.

Regulamentação Penalidade	A avaliação da "regulamentação de penalidade" considerou as disposições citando futura definição de regulamento à imposição de penalidades em decorrência do não cumprimento desta Lei.
Supervisão de Profissionais	A análise da "supervisão odontológica" aludiu à composição da equipe.
Tipos de Assistência	O conceito de "tipos de assistência" foi abordado para examinar a diversidade assistencial relacionados à participação do CD descritas na legislação.
Tipos de Penalidades	A análise das "Diversas Formas de Sanções" foi realizada para investigar a especificação das modalidades de penalidades.
TSB	A categoria "TSB" referiu-se à participação do profissional técnico na composição da equipe em conjunto com o CD.
UTIs	A categoria "UTIs" foi incluída com o propósito de avaliar a extensão geográfica do escopo de atuação.

Fonte: Autoras.

Ao analisar os projetos de lei e legislações relacionados aos CDs em ambientes hospitalares e UTIs, a investigação direciona-se aos objetivos específicos na comparação entre as propostas legislativas e as leis já vigentes. O enfoque está na identificação e avaliação da presença (ou ausência) de fatores regulatórios, categorizados como elementos de análise, em cada uma das leis e projetos de lei em questão (Tabela 4.2). Uma disparidade substancial é evidenciada na categoria "Auxiliar de Saúde Bucal na Equipe", onde os Projetos de Lei alcançam 17,24%, enquanto as Leis não apresentam menções, sugerindo uma possível falta de regulamentação nesse aspecto nas legislações já existentes. Adicionalmente, na categoria "Custos Associados (Financiamento)", os Projetos de Lei registram 17,24%, contrastando com 36,36% nas Leis, indicando uma ênfase maior na legislação consolidada quanto aos aspectos financeiros relacionados à prática odontológica em ambientes hospitalares. Observa-se uma consistência completa na categoria "Menção de CD/Odontólogo", com uma taxa de 100% tanto nos Projetos de Lei quanto nas Leis. Essa uniformidade normativa aponta para uma transição paradigmática, considerando que, anteriormente, a responsabilidade pela saúde bucal estava majoritariamente atribuída à equipe de enfermagem e médica. O consenso atual enfatiza o reconhecimento do papel central dos profissionais CD nesse contexto, sinalizando uma abordagem mais abrangente e uma mudança substancial nos padrões de atenção à saúde bucal.

Tabela 5: Análise Qualitativa Projeto de Lei e Lei

Categoria (Projeto de Lei)	Total	%	Categoria (Lei)	Total	%
ASB	5	17,24%	ASB	0	0,00%
Consentimento Informado	3	10,34%	Consentimento Informado	2	18,18%
Custos Associados	5	17,24%	Custos Associados	4	36,36%
CD/Odontólogo	29	100,00%	CD/Odontólogo	11	100,00%
Hospitais	22	75,86%	Hospitais	7	63,64%
Número de Leitos/Porte	5	17,24%	Número de Leitos/Porte	1	9,09%
Obrigatório ter CD	23	79,31%	Obrigatório ter CD	8	72,73%
Penalidades	19	65,52%	Penalidades	9	81,82%
Prazo para Vigência	16	55,17%	Prazo para Vigência	9	81,82%
Privado	24	82,76%	Privado	9	81,82%
Profissionais Habilitados	7	24,14%	Profissionais Habilitados	1	9,09%
Público	27	93,10%	Público	10	90,91%
Qualificação dos CDs	12	41,38%	Qualificação dos CDs	4	36,36%
Registro Profissional	11	37,93%	Registro Profissional	4	36,36%
Regulamentação para Execução	4	13,79%	Regulamentação para Execução	3	27,27%
Regulamentação Penalidade	10	34,48%	Regulamentação Penalidade	3	27,27%
Supervisão de Profissionais	8	27,59%	Supervisão de Profissionais	2	18,18%
Tipos de Assistência	14	48,28%	Tipos de Assistência	5	45,45%
Tipos de Penalidades	3	10,34%	Tipos de Penalidades	1	9,09%
TSB	7	24,14%	TSB	1	9,09%
UTIs	22	75,86%	UTIs	8	72,73%

Fonte: Autoras.

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento da odontologia hospitalar nos Estados Unidos teve início no século XIX com os esforços pioneiros de Dr. Simon Hullihen e Dr. James Garretson, creditado pelo desenvolvimento da cirurgia oral. O trabalho prodigioso desses CDs estabeleceu os alicerces da odontologia hospitalar moderna. Durante sua consolidação, a odontologia hospitalar enfrentou desafios para garantir seu lugar nos hospitais, tanto com a comunidade médica quanto internamente na comunidade odontológica. Com o tempo, conquistou o respaldo da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica (91). No contexto brasileiro, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu o fortalecimento da prestação de serviços de saúde

e a conscientização da população e dos profissionais acerca da importância da abordagem universal e integral na área da saúde. A partir de 2004, a Odontologia Hospitalar começou a se delinear no cenário nacional. Nesse ano, consolidou-se com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Essa entidade foi estabelecida com o propósito de alinhar-se às tendências da área da saúde e unir profissionais em esforços direcionados para a promoção da saúde, a educação do paciente, a resolutividade eficaz e a valorização desse segmento específico no mercado (92).

Dentro do escopo das leis ordinárias relacionadas à odontologia hospitalar ou à UTI, percebe-se a delimitação quanto à regulamentação necessária para a efetiva execução do direito. Em complemento, algumas dessas leis estabelecem que as penalidades pelo descumprimento serão delineadas em regulamento, destacando, assim, a exigência de uma ação legislativa subsequente para a completa efetivação dessas normas. Nas normativas, é possível identificar diferentes categorias de eficácia: aquelas de eficácia plena, que são autoaplicáveis, gerando todos os efeitos desde a promulgação; as de eficácia contida, de aplicabilidade direta, embora sua plenitude esteja sujeita a regulamentação subsequente; e as de eficácia limitada, que necessitam de intervenção legislativa para se tornarem efetivas. Embora essa classificação seja originária da análise de normas constitucionais, ela pode ser aplicada à compreensão das leis ordinárias, oferecendo um arcabouço conceitual para avaliar sua implementação no contexto jurídico brasileiro (93).

As leis ordinárias relacionadas à odontologia hospitalar ou à UTI apresentam variações em sua eficácia. No âmbito dessas normativas, identificam-se distintas categorias de eficácia: as de eficácia plena, que são autoaplicáveis, produzindo todos os efeitos desde a promulgação; as de eficácia contida, de aplicabilidade direta, porém com sua plenitude sujeita à regulamentação posterior; e as de eficácia limitada, que requerem intervenção legislativa para se tornarem efetivas. Esta classificação, embora originária da análise de normas constitucionais, pode ser aplicada à compreensão das leis ordinárias, proporcionando um arcabouço conceitual para avaliar sua implementação no contexto jurídico brasileiro (94). Especificamente no âmbito das leis ordinárias relacionadas a essa temática, observa-se a delimitação quanto à regulamentação da lei para a execução do direito. Adicionalmente, algumas leis estabelecem que as penalidades pelo descumprimento serão definidas em regulamento, consolidando assim a necessidade de uma atuação legislativa posterior para a plena efetivação dessas normas.

Os tipos de penalidades especificadas abrangem as sanções legais que podem ser aplicadas pelos órgãos e entidades encarregados de fiscalizar essas atividades, todas já estipuladas por lei

ou o não cumprimento do estabelecido sujeitará os infratores às penalidades previstas em legislação específica.

De acordo com o Decreto-Lei Nº 4.657, de 4 de setembro de 1942, que trata da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, a regra geral para o prazo de vigência das leis no país é que, salvo disposição em contrário, a lei passa a vigorar em todo o território nacional após quarenta e cinco dias de sua publicação oficial. No entanto, algumas leis estabeleceram que entram em vigor na data da publicação. Em consonância a norma federal, existem legislações nesta pesquisa que definiram prazos diferentes, variando de 120 a 180 dias para que a lei entre em vigor após sua publicação (95).

O Código de Ética Odontológica vigente destaca como infração ética a iniciativa de qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, ressalvando casos de urgência ou emergência (96). Em consonância com essa premissa, diversas legislações determinam que a assistência odontológica só será oferecida após a obtenção do consentimento informado do paciente ou de seu representante legal. Quando envolvem despesas, é enfatizado que o consentimento informado deve detalhar claramente os valores a serem cobrados, abrangendo qualquer pagamento relacionado aos cuidados oferecidos. Essa abordagem visa condicionar a prestação de serviços odontológicos à expressa concordância do paciente ou de seu representante, promovendo transparência e garantindo a proteção dos envolvidos. Essas disposições refletem a importância de respeitar a autonomia e informar adequadamente os pacientes sobre os aspectos financeiros associados aos serviços de saúde bucal.

O consentimento informado desempenha um papel central na ética e prática clínica odontológica, assegurando a participação ativa dos pacientes nas decisões sobre seus tratamentos. Em consonância com o princípio da autonomia, ele possibilita escolhas informadas, oferecendo uma compreensão clara do tratamento, incluindo procedimentos, alternativas, riscos e benefícios. Além de prevenir conflitos ao documentar informações, o consentimento informado representa uma prática ética, transparente e legalmente crucial. Ao fortalecer a participação do paciente e/ou responsável, promove uma relação colaborativa, não apenas atendendo a requisitos legais, mas também incorporando princípios éticos fundamentais na odontologia (97).

Ao abordar o financiamento da odontologia hospitalar/UTI em termos de custeio, duas modalidades foram identificadas: nos casos em que a prestação de assistência implica que o paciente ou seu representante legal assuma os honorários ou outros custos diretamente associados aos cuidados prestados, tais valores podem ser especificados no consentimento informado. Como

também as despesas decorrentes da implementação da lei serão cobertas por dotações orçamentárias específicas, conforme previsto no orçamento em vigor.

Um maior número de legislações aborda as unidades públicas quanto privadas. No entanto, é importante notar que apenas duas leis se referem exclusivamente a unidades públicas, especificamente relacionadas às normativas jurídicas dos Estados do Distrito Federal e de Goiás. Por outro lado, uma lei menciona exclusivamente unidades privadas, sendo aplicável ao Estado de Rondônia.

Determinadas propostas legislativas e regulamentações exploram a esfera de atuação do profissional de odontologia, notadamente ao referir-se à UTI, estabelecendo uma delimitação específica para o CD. É imperativo destacar que a execução das atividades profissionais privativas do CD está estritamente condicionada à adesão às disposições estabelecidas nas Leis Nº 4.324, de 14 de abril de 1964, Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, e no Decreto Nº 68.704, de 03 de junho de 1971, bem como às demais normativas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia. Nesse contexto, é pertinente ressaltar que os termos "profissional da Odontologia" ou "assistência odontológica" constituem função privativa do CD (98). As normas legais não devem estabelecer uma distinção entre o profissional de odontologia ou CD, visto que estes compõem, do ponto de vista jurídico, categoria profissional única.

No contexto hospitalar, a atuação eficiente com auxiliar de saúde bucal pode representar uma contribuição significativa para otimizar o atendimento prestado pelo CD. Dentre as atividades mais frequentemente realizadas pelos auxiliares, como evidenciado pelo estudo de Garcia, Terence e Souza (2004) destacam-se a preparação do instrumental (69,7%), a sucção do campo operatório (61,6%) e o preenchimento de formulários (59,8%) (99). Essas tarefas desempenhadas pelo auxiliar não apenas direcionam a carga de responsabilidades do CD, permitindo que este se concentre nas intervenções clínicas especializadas, mas também promovem uma organização mais eficaz do fluxo de trabalho no ambiente hospitalar. Ademais, ao delegar atividades administrativas e logísticas ao auxiliar, o CD pode dedicar mais tempo à prestação de cuidados diretos aos pacientes, melhorando assim a eficiência e a qualidade do atendimento odontológico no âmbito hospitalar.

No âmbito das atividades atribuídas ao TSB, sob a supervisão do CD, incluem-se diversas responsabilidades específicas, conforme estabelecido pela Lei nº 11.889/2008. Tais competências abrangem desde a participação no treinamento de ASB e agentes multiplicadores, contribuindo para a capacitação destes profissionais, até o envolvimento em ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças bucais. No contexto hospitalar, o TSB desempenha um papel crucial ao realizar levantamentos epidemiológicos, aplicar medidas preventivas, como a remoção

do biofilme, a aplicação tópica de flúor, e ao exercer atividades específicas, como a limpeza e antisepsia do campo operatório. Adicionalmente, sua atuação se estende à supervisão do trabalho dos ASBs, realização de procedimentos à beira-leito, inserção de materiais odontológicos e instrumentação do CD em ambientes hospitalares. A formação do TSB também o credencia a integrar equipes de saúde, desempenhar atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas, consolidando assim sua relevância multifacetada no contexto hospitalar (100,101).

Existem Projetos de Leis que abordam a inclusão ASB em um contexto que estabelece: de acordo com a demanda, a unidade hospitalar pode solicitar a presença de outros profissionais odontológicos com suas especialidades, TSBs e ASBs ou observando as atribuições determinadas pelo CFO, os protocolos podem ser executados por técnicos, auxiliares ou tecnólogos, sob a supervisão de um CD. Contudo, até a presente data, não foi promulgada ou publicada legislação específica sobre odontologia hospitalar/UTI que mencione a participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe juntamente com o CD.

Determinadas legislações preconizam que as equipes de atendimento devem ser compostas por profissionais devidamente qualificados para atuar na respectiva área, sob a supervisão de um odontólogo. Em contrapartida, outros dispositivos legais estipulam que o CD deve possuir habilitação específica em odontologia hospitalar. Essas normativas destacam a necessidade de qualificação técnica adequada, evidenciando a supervisão e a especialização como critérios essenciais para o desempenho eficaz das atividades odontológicas, especialmente aquelas realizadas em ambiente hospitalar. A coexistência dessas diretrizes legais ressalta a importância de considerar ambas as perspectivas no estabelecimento de padrões regulatórios para garantir a excelência nos cuidados odontológicos oferecidos (100).

A abordagem multidisciplinar na Odontologia Hospitalar revela uma distribuição especializada entre as diversas áreas de atuação. Destaca-se a presença de especialidade com maior afinidade para o contexto hospitalar, evidenciando a importância crucial da especialidade de Odontologia Hospitalar nos hospitais. Em uma análise nos hospitais públicos em Fortaleza, observou-se uma leve predominância de clínicos gerais, seguidos por cirurgiões bucomaxilofaciais, periodontistas e especialistas em Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). Além dessas especialidades, notou-se a participação de profissionais especializados em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares, Endodontia e Odontopediatria. Vale ressaltar que especialidades como Radiologia e Odontologia Legal também compõem o corpo de profissionais nos referidos hospitais terciários em Fortaleza. A diversidade de especializações mencionada evidencia a amplitude e complexidade das demandas odontológicas nos ambientes

hospitalares, destacando a imperatividade de uma equipe multidisciplinar para assegurar a prestação de cuidado abrangente (102).

participação do CD na equipe interdisciplinar emerge como um componente positivo para a prevenção e controle de infecções hospitalares, englobando a execução, supervisão e orientação de medidas preventivas e curativas em pacientes críticos. Reconhecida pelo CFO desde 2015, a atuação desse profissional em ambiente hospitalar é respaldada pela Resolução CFO Nº 162/2015, que estabelece a Odontologia Hospitalar como habilitação. O curso correspondente deve compreender no mínimo trezentas e cinquenta horas, distribuídas entre 30% de atividades práticas e 70% de aulas teóricas, com um limite máximo de trinta estudantes por turma, requerendo pelo menos um professor titulado com mestrado ou doutorado. A estrutura do curso deve abranger disciplinas fundamentais, incluindo Rotina Hospitalar (que engloba gestão, bioética, biossegurança, prontuário, prescrição, rounds, prática clínica, segurança do paciente, urgência e emergência), Propedêutica Clínica (abordando interpretação de exames, principais agravos, pacientes sistemicamente comprometidos e interações medicamentosas) e Suporte Básico de Vida (BLS – *Basic Life Support*). Atualmente, a OH é uma especialidade da Odontologia, a ser regulamentada. Essa abordagem ampla e especializada reforça a importância da formação do CD na esfera hospitalar, contribuindo significativamente para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos pacientes críticos (72).

A referência ao registro profissional não é apenas uma prerrogativa nas legislações; trata-se, na verdade, de um requisito imperativo e intrínseco ao exercício da profissão. De acordo com o Art. 2º da Lei Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regulamenta a prática da odontologia, o exercício da odontologia no território nacional é reservado exclusivamente aos CDs qualificados por instituições oficiais ou reconhecidas. Esse exercício está condicionado ao registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior, no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, na repartição sanitária estadual competente, e à inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO), de acordo com a jurisdição do local de atuação (103).

As legislações dos estados brasileiros mencionados convergem para a consolidação dos tipos de assistência odontológica como componente vital nos cuidados hospitalares. Em Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia e Roraima, destaca-se a necessidade imperativa da prestação de serviços odontológicos a pacientes internados, abarcando tanto os sob regime hospitalar quanto ambulatorial.

O desempenho do CD no ambiente hospitalar vai além de cuidados odontológicos pontuais, engloba a implementação de ações preventivas e o controle de infecções. Além de

intervenções emergenciais e eletivas, o escopo do trabalho do CD abrange práticas preventivas destinadas a manter a saúde bucal dos pacientes durante toda a internação. A presença obrigatória do CD em todas as áreas hospitalares ressalta sua importância na condução de protocolos que não apenas previnem problemas odontológicos, mas também controlam infecções, promovendo uma abordagem integral para otimizar a saúde dos pacientes. Essa perspectiva multidisciplinar evidencia o compromisso dos legisladores com a prestação de assistência odontológica. No contexto do estado do Rio de Janeiro, a proposta legislativa aborda a participação contínua do CD em atividades preventivas e de controle de infecções em instituições com serviços médicos e internação, especialmente no contexto da recuperação de pacientes diante de infecções sistêmicas com origem na cavidade bucal (90).

Considerando que a UTI é integrante do ambiente hospitalar, conforme definido pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil (104), é crucial reconhecer que uma lei que se refere exclusivamente ao hospital, invariavelmente, abrange implicitamente a UTI. A UTI é caracterizada como um espaço hospitalar estruturado para fornecer suporte vital de alta complexidade, compreendendo diversas modalidades de monitoramento e assistência orgânica avançada. Esse suporte visa manter a vida em circunstâncias clínicas extremamente graves e de risco iminente de morte, resultantes de insuficiência orgânica. A legislação que delinea o escopo hospitalar, portanto, incorpora de maneira intrínseca a UTI, evidenciando a necessidade de consideração conjunta dessas áreas na regulamentação odontológica hospitalar.

Algumas legislações delineiam critérios, incluindo o porte ou número de leitos, para a oferta de serviços odontológicos em ambientes hospitalares. Ao abordar o porte dos hospitais, tais legislações focalizam a regulamentação que especificará a quantidade e qualificação dos profissionais necessários para a prestação de assistência, considerando as dimensões das instituições. Entretanto, apenas uma lei determina que a prática da odontologia deve ocorrer em hospitais com capacidade operacional superior a cinquenta leitos, abrangendo o cuidado com a saúde bucal de pacientes internados e em atendimento.

As legislações abordam de maneira abrangente a prestação de serviços odontológicos preventivos e de emergência aos pacientes internados nessas unidades. No entanto, é responsabilidade do profissional, em colaboração com a equipe multidisciplinar, definir os limites e o escopo do atendimento ao paciente. Essa delimitação é crucial para garantir uma abordagem integrada e personalizada, considerando as necessidades específicas de cada indivíduo no contexto hospitalar.

Em um estudo observacional (105), a condição bucal mais frequente nas solicitações de interconsulta foi classificada abrangendo dentes em mau estado de conservação, condição dentária ruim, dentição precária e cárie. Após a avaliação odontológica, foram identificadas lesões cariosas em alguns dentes. Alguns profissionais optaram por solicitar exames mais específicos, mencionando diagnósticos como "cárie" e "doença periodontal" em 3 e 9 ocasiões, respectivamente. Por outro lado, outros profissionais limitaram-se a descrever apenas os sinais clínicos observados, como "mobilidade/dentes com risco de queda" (citado 11 vezes), indicando implicitamente doenças relacionadas ao periodonto. Essa descrição englobou casos de doença periodontal, dentes com mobilidade/risco de queda/risco de aspiração/dentes bambos e sangramento bucal. Diante do supracitado a atuação odontológica intervém com o atendimento direcionado para a saúde bucal, como também para prevenções sistêmicas de pacientes hospitalizados.

A evolução da odontologia hospitalar, principalmente na UTI, reflete um processo histórico de consolidação no Brasil, impulsionado por marcos legislativos que reconhecem a importância do CD em ambientes hospitalares. A abordagem multidisciplinar, a legislação específica e a ênfase na prevenção e controle de infecções delineiam o cenário atual da odontologia hospitalar, promovendo uma atuação integrada para melhorar a saúde bucal e sistêmica dos pacientes hospitalizados.

6 CONCLUSÕES

A evolução da odontologia hospitalar, com foco na UTI, representa um processo histórico significativo no Brasil, impulsionado por marcos legislativos que reconhecem a importância do CD em ambientes hospitalares. A abordagem multidisciplinar, a legislação específica e a ênfase na prevenção e controle de infecções delineiam o cenário atual da odontologia hospitalar, promovendo uma atuação integrada para melhorar não apenas a saúde bucal, mas também a sistêmica dos pacientes hospitalizados.

No Brasil, a legislação referente à presença do CD na UTI pode variar de acordo com cada estado. Alguns estados possuem regulamentações específicas que exigem a presença do CD na equipe multidisciplinar da UTI, enquanto outros estados não possuem legislação específica sobre o assunto.

É importante ressaltar que a legislação estadual e federal pode abordar diferentes aspectos relacionados à presença do CD na UTI a qualificação profissional necessária, forma de

financiamento, responsabilidades do CD no ambiente hospitalar e composição de equipe multidisciplinar.

A pesquisa destacou-se pela aplicação da análise textual por meio do método O IRAMUTEQ, um software de código aberto e gratuito que viabiliza a realização de análises estatísticas em corpora textuais e tabelas contendo informações sobre indivíduos e palavras. Adicionalmente, é relevante ressaltar que os dados referentes às leis e projetos de leis utilizados na pesquisa são de acesso público.

Um aspecto limitante da pesquisa consistiu na realização da análise qualitativa por um único pesquisador, o que impediu a validação por meio de uma verificação independente por parte de diferentes indivíduos. Além disso, a coleta das leis foi conduzida com base na disponibilidade nos sites acessados.

Os objetivos específicos foram integralmente atendidos por meio da análise de similitude e CHD, permitindo a descrição das semelhanças e diferenças no conteúdo das leis e projetos de lei relacionados à saúde bucal nas UTIs. Além disso, a análise de conteúdo possibilitou realizar uma comparação da presença (ou ausência) de fatores regulatórios (categorias de análise) em cada lei e projeto de lei.

Estudos futuros se fazem necessários para comparar a evolução temporal desde o início do projeto de lei, identificar as classes dominantes que favorecem o processo legislativo e realizar uma análise textual aprofundada do embasamento do projeto de lei. Essa abordagem permitirá uma compreensão mais abrangente das dinâmicas temporais relacionadas ao desenvolvimento do projeto, assim como a identificação das influências e interesses das classes dominantes ao longo desse processo legislativo. Além disso, uma análise textual mais detalhada do embasamento do projeto de lei proporcionará análises sobre as motivações e argumentos subjacentes que sustentam a proposição legislativa, contribuindo para uma compreensão mais completa de sua origem e intenção.

DEDICATÓRIA

Dedico essa jornada àqueles que, de diversas formas, estiveram presentes e tornaram possível o meu percurso acadêmico.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, cuja proteção e orientação foram constantes, iluminando meu caminho e me dando forças para enfrentar os desafios.

Aos meus pais, Mara Lúcia Gallerani e Rubens Gallerani, expresso minha profunda gratidão. Sem o apoio inabalável deles, eu não seria quem sou hoje. Foram meus maiores incentivadores, acreditando nos meus sonhos e proporcionando as bases para minhas conquistas.

À professora Dr^a Mariana Barbosa, orientadora da dissertação, sou profundamente grata pelo seu apoio ao tema. Sua orientação e empenho foram fundamentais para o sucesso desta jornada acadêmica.

Dedico ao Alessandro Taranto, meu companheiro, por seu apoio e incentivo nesta jornada.

À Alessandra Castro Fernandes, cirurgiã-dentista e colega de profissão, que, desde o início, incentivou este estudo, meu sincero reconhecimento.

Agradeço também à Universidad Europea del Atlántico pela bolsa parcial que tornou possível a realização do mestrado em Saúde Pública.

Por fim, celebro essa conquista como resultado do esforço, da valorização pessoal e profissional, e do aproveitamento das oportunidades que a vida proporcionou.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva AT, Vasquez SC, de Medeiros JMF, Gaujac C, Pedron IG. The Importance of Hospital Dentistry in Improving the Quality of Life of Patients in the Intensive Care Unit (ICU). ISSN: 2753-9172. 2023;140:144. DOI: <https://doi.org/10.58624/SVOADE.2023.04.0141>.
- 2 DAMASCENA, Lecidamia Cristina Leite; RODRIGUES, Larycia Vicente; COSTA, Raphael Cavalcante; DA NÓBREGA, Johnys Berton Medeiros; DANTAS, Eugênia Lívia de Andrade; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Factors associated with oral biofilm in ICU patients with infectious diseases. Rev Odontol UNESP. 2017; 46(6): 343-350.
- 3 Delgado-Rodríguez M, Bueno-Cavanillas A, Lopez-Gigosos R, Luna-Castillo JD, Guillín-Solvas J, Moreno-Abril O, Rodríguez-Tuñias B, Cueto-Espinar A, Rodríguez-Contreras R, Galvez-Vargas R. Hospital stay length as an effect modifier of other risk factors for nosocomial infection. Eur J Epidemiol. March 1990;6(1):34-39. ISSN: 0392-2990.
- 4 Ribeiro ILA, Bellissimo-Rodrigues WT, Mussolin MG, Innocentini LMA, Marangoni ATD, Macedo LD, Barbosa-Júnior F, Souza HCC, Menegueti MG, Pereira APS, Gaspar GGG, Schmidt A, Miranda CH, Lovato WJ, Puga ML, Martins MA, Basile- Filho A, Bellissimo-Rodrigues F. Impact of a dental care intervention on the hospital mortality of critically ill patients admitted to intensive care units: A quasi-experimental study. Am J Infect Control. 2022; 50(10): 1156-1161.
- 5 Silveira BL, Meneses DLP, Veras ESL, Melo Neto JPM, Moura LKB, Melo MSAE. The health professionals' perception related to the importance of the dental surgeon in the Intensive Care Unit. Rev Gaúch Odontol. 2020;68:e20200015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720200001520190055>.
- 6 Rebouças GM, Leite MF, Marques VT. Pesquisa em Direito Comparado: um panorama de seus usos nas Ciências Sociais e Humanas. Interfaces Científicas - Humanas e Sociais. 2016;5(2):21-32.
- 7 Carvalho W. Direito Comparado: Método ou Ciência? Rev Inform Legis. 2008;45(180):139-145.
- 8 Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Diário Oficial da União. 2 mar. 2010; Seção 1, nº 41.
- 9 Souza IS, Santaella NG, Santos PSS. The practice of hospital dentistry in Brazil: an integrative literature review. Rev Bras Odontol. 2017;74(3):232-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v74n3.p.232>.
- 10 Silva GEM, Thomsen LPR, Lacerda JCT, Botelho SHBB, Reis JAC, Ferreira RDA, Resende RG. Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos. Revista Brasileira de Odontologia. 2020; 61(1): 92-97. doi:

10.22456/2177-0018.99716.

11 Oliveira RJ, Didier TC, Cavalcanti IDL, Mota CCBDO, Faria DLBF. Importance of the dentist in the multiprofessional team in the hospital environment. *Rev Bras Odontol (RBO)*. 2018;75:1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1106>.

12 Kumar U, Rath SK. Dental Management for Patients in ICU. *Journal of Oral Health*. Setembro de 2016; 10(3): 80-86.

13 Diamantino LGS, Monteiro BG, Dantas JBL, Reis SRA, Medrado AP. A retrospective study on the oral health of patients in the intensive care unit. *Rev Cienc Med Biol*. 2020;19(2). DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v19i2.36692>.

14 Disnera O, Freddo SL, Lucietto DA. Oral Health in Intensive Care Units: Level of Information, Practices and Demands of Health Professionals. *J Health Sci* 2018;20(4):252-8.

15 Guimarães GLP, Mendes GN, Silva QGC, Santana SdS. Relationship between nursing and dentistry in patient care in intensive care unit: an integrative literature review. *Granthaalayah*. 2021;9(2):55-63. DOI:

[10.29121/granthaalayah.v9.i2.2021.3326](https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v9.i2.2021.3326).

16 Bellissimo-Rodrigues WT, Menegueti MG, Gaspar GG, de Souza HCC, Auxiliadora- Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomized clinical trial. *Int Dent J*. 2018;68:420-427. doi: 10.1111/idj.12397.

17 Amaral COF, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira A, Strioto FG. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;67(2):107-11.

18 Bellissimo-Rodrigues WT, Menegueti MG, Gaspar GG, Souza HCC, Auxiliadora- Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. *Int Dent J*. 2018;68:420-427. doi: 10.1111/idj.12397.

19 Souza LCD, Mota VBR, Carvalho AVS, Corrêa RGCF, Libério SA, Lopes FF. Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of patients on mechanical ventilation. *Braz Oral Res*. 2017;31:e38. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0038>.

20 Shen Y, Dai L, Zhu Y, Lang Y. The Impact of Improved Oral Care Methods on the Oral Health of Patients Undergoing Transoral Mechanical Ventilation. *Comput Math Methods Med*. 2022.

21 Oliveira RJ, Didier TC, Cavalcanti IDL, Mota CCBDO, Faria DLBF. Importance of the dentist in the multiprofessional team in the hospital environment. *Rev Bras Odontol*. 2018;75:1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1106>.

22 Lopes GM, Mazza GRZ, Nogueira CCG, Kassis EN. Major considerations of the dentist in the diagnosis and treatment of oral cancer in hospitals: a systematic review.

MedNEXT J Med Health Sci. 2022;1-7. DOI: 10.54448/MDNT22S303.

23 Quintanilha RMC, Pereira MRR, Oliveira SP, Ragon CS, Agostini M, Júnior AS, Salgado DR, Torres SR. Oral health status of patients in intensive care unit: a cross- sectional study. Rio J Dent J. 2019;4(3): 25-31. Disponível em:

<https://doi.org/10.29327/24816.4.3-5>.

24 Martins HDD, Sales RC, Medeiros DSB, Martins ARLA, Lopes MLDDs, Lima KC, Silveira EJD. Risk factors for oral alterations in intensive care unit patients: A pilot cohort study. J Oral Pathol Med. 2022 Mar;51(3):301-308. doi:10.1111/jop.13265.

25 Santos LD, Santos JC, Saccheto MSL, Lima RS, Amormino SAF. The performance and importance of the dental surgeon in an Intensive Care Unit. Res Soc Dev. 2021;10(16):e10101622955. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.22955>.

26 Causey C, El Karim I, Blackwood B, McAuley DF, Lundy FT. Quantitative oral health assessments in mechanically ventilated patients: A scoping review. Nurs Crit Care. 2023;28:756-772. DOI: 10.1111/nicc.12789.

27 Takeyasu Y, Yamane G-y, Tonogi M, Watanabe Y, Nishikubo S, Serita R, Imura K. Ventilator-associated Pneumonia Risk Decreased by Use of Oral Moisture Gel in Oral Health Care. Bull Tokyo Dent Coll. 2014;55(2):95–102.

28 Anggraeni DT, Hayati AT, Nur'aeni A. The effect of oral care intervention on oral health status of intubated patients in the intensive care unit. Belitung Nursing Journal. 2020;6(1):21-26. Disponível em:

<https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/index>.

29 Freire FMDS, Marques LC, da Silva NC, Cunha KS, Conde DC, Milagres A, Gonçalves LS, Silva Junior A. Oral candidiasis in patients hospitalized in the intensive care unit: Diagnosis through clinical and cytopathological examinations.

Cytopathology. 2023;34(4):353-360. DOI: 10.1111/cyt.13243.

30 Igari K, Kudo T, Toyofuku T, Inoue Y. Association between periodontitis and the development of systemic diseases. Oral Biol Dent. 2014;2(1):1-7. Disponível em:

<https://www.researchgate.org/publication/271265672>.

31 Lalla E, Papapanou PN. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. Nature Reviews Endocrinology. 2011;7(10):738-748. doi:10.1038/nrendo.2011.106

32 Ahmed S, Khan AI, Iqbal A, Hossain M, Ahmed SI, Ahmed S. Influence of Type 2 Diabetes mellitus on periodontal conditions in a population of Dhaka City. Update Dent. Coll. j. 2016;6(1):35-39. DOI: 10.3329/updcj.v6i1.29218.

33 Tonetti M, Kornman KS. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease:

consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol.* 2013;84(4 Suppl):S24-29. doi: 10.1902/jop.2013.1340019.

34 Kantarci A, Dyke TEV. Resolution of Inflammation in Periodontitis. *J Periodontol.*

2005 Nov;76(11 Suppl):2168-2174. DOI: 10.1902/jop.2005.76.11-S.2168.

35 Mariott G, Quaranta A, Merl M, Paterno Holtzman L, Piemontese M. Chronic Periodontitis and Cardiovascular Disease: A Controlled Clinical Trial. *Eur J Inflamm.*

2013;11(2):459-467.

36 Slavkin HC, Baum BJ. Relationship of Dental and Oral Pathology to Systemic Illness.

JAMA. 2000;284(10):1215-1217. doi:10.1001/jama.284.10.1215.

37 Dinu A, 2. Maniu G. The assessment of general health status in patients with odonto-periodontal pathology and diabetes mellitus. *Acta Med Transilvan.* 2021 Jun

26;26(2):24-26. DOI: 10.2478/amtsb-2021-0043.

38 Xie H, 2. Hong J, 3. Sharma A, 4. Wang BY. *Streptococcus cristatus ArcA* Interferes with *Porphyromonas gingivalis* Pathogenicity in Mice. *J Periodontal Res.* 2012 Oct;47(5):578-583. doi: 10.1111/j.1600-0765.2012.01469.x.

39 Ao M, Miyauchi M, Inubushi T, Kitagawa M, Furusho H, Ando T, Ayuningtyas NF, Nagasaki A, Ishihara K, Tahara H, Kozai K, Takata T. Infection with *Porphyromonas gingivalis* Exacerbates Endothelial Injury in Obese Mice. *PLoS One.*

2014;9(10):e110519.

40 Seymour GJ, 2. Ford PJ, 3. Cullinan MP, 4. Leishman S, 5. Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin Microbiol Infect.*

2007;13(Suppl. 4):3-10.

41 Paju S, Scannapieco FA. Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections. *Oral Dis.* 2007 Nov;13(6):508-512. doi: 10.1111/j.1601-0825.2007.1410a.x.

42 Genuit T, Bochicchio G, Napolitano LM, McCarter RJ, Roghman MC. Prophylactic Chlorhexidine Oral Rinse Decreases Ventilator-Associated Pneumonia in Surgical ICU Patients. *Surg Infect (Larchmt).* 2001;2(1).

43 Lollen T, Tamo T, Jini M, Boro P, Saikia NJ. Patient load and spectrum of dental problems amongst the population attending outpatient services of a tertiary care medical college hospital, Arunachal Pradesh. *Asian J Med Sci.* 2022

Nov;13(11):122-127.

44 Jun MK, Ku JK, Kim IH, Park SY, Hong J, Kim JY, Lee JK. Hospital Dentistry for Intensive Care Unit Patients: A Comprehensive Review. *J Clin Med.* 2021;10:3681. <https://doi.org/10.3390/jcm10163681>.

- 45 Araújo ECF, Silva RO, Raymundo MLB, Vieira TI, Sousa SA, Santiago BM, Cavalcanti YW. Does the presence of oral health teams influence the incidence of ventilator-associated pneumonia and mortality of patients in intensive care units? Systematic review. 2023;43(4):452-463. DOI: 10.1111/scd.12785. PMID: 36210508.
- 46 Labeau SO, Conoscenti E, Blot SI. Less daily oral hygiene is more in the ICU. Intensive Care Medicine. 2021;47:334-336.
- 47 Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. Lancet. 2016;387(10021):882-893.
- 48 Amaral COF, Pereira LC, Guy NA, Amaral Filho MSP, Logar GA, Straitoto FG. Oral health evaluation of cardiac patients admitted to cardiovascular presurgery intervention. RGO, Rev Gaúch Odontol. 2016;64(4):419-424.
- 49 Amaral COF, Belon LMR, Silva EA, Nadai A, Amaral Filho MSP, Straitoto FG. The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. RGO, Rev Gaúch Odontol. 2018;66(1):35-41.
- 50 Li L, Huang L, Liu X, Ye Y, Sai F, Huang H. Intensive care unit-acquired pneumonia caused by *Klebsiella pneumoniae* in China: Risk factors and prediction model of mortality. Medicine. 2023;102(12).
- 51 Bhadade R, Harde M, deSouza R, More A, Bharmal R. Emerging trends of nosocomial pneumonia in intensive care unit of a tertiary care public teaching hospital in Western India. Annals of African Medicine. 2017 Jul 1;16(3):107-113.
- 52 Vallecoccia MS, Dominedò C, Cutuli SL, Martin-Loeches I, Torres A, De Pascale G. Is ventilated hospital-acquired pneumonia a worse entity than ventilator-associated pneumonia? Eur Respir Rev. 2020;29:200023. 1-8.
- 53 Froes F, Paiva JA, Amaro P, Baptista JP, Brum G, Bento H, Duarte P, Sousa Dias C, Glória C, Estrada H, Telo L, Silva E, Pereira JG, do Carmo G. Consensus document on nosocomial pneumonia. Rev Port Pneumol. 2007 May-Jun;13(3):419-86. PMID: 17695078.
- 54 Craven DE, Steger KA. Hospital-Acquired Pneumonia: Perspectives for the Healthcare Epidemiologist. Infect Control Hosp Epidemiol. 1997 Nov;18(11):785-795.
- 55 Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Chopin C. Colonization of dental plaque: a source of nosocomial infections in intensive care unit patients. Crit Care Med. 1998;26(2):301-308. doi:10.1097/00003246-199802000-00032
- 56 El-Solh AA, Pietrantoni C, Bhat A, Okada M, Zambon J, Aquilina A, Berbary E. Colonization of Dental Plaques: A Reservoir of Respiratory Pathogens for Hospital- Acquired Pneumonia in Institutionalized Elders. CHEST. 2004 Nov;126(5):1575-

1582.

57 Scannapieco FA, Stewart EM, Mylotte JM. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients. *Crit Care Med.*

1992;20(6):740-745. doi:10.1097/00003246-199206000-00007

58 Carinci F, Martinelli M, Contaldo M, et al. Focus on periodontal disease and development of endocarditis. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2018;32(2 Suppl. 1):143-147.

59 Abrançhes J, Zeng L, Bélanger M, Rodrigues PH, Simpson-Haidaris PJ, Akin D, Dunn WA Jr, Progulske-Fox A, Burne RA. Invasion of human coronary artery endothelial cells by *Streptococcus mutans* OMZ175. *Oral Microbiol Immunol.* 2009

Apr;24(2):141-145. doi: 10.1111/j.1399-302X.2008.00487.x.

60 Lockhart P, Brennan M, Sasser H, Fox P, Paster B, Bahrani-Mougeot F. Bacteremia Associated With Toothbrushing and Dental Extraction. *Circulation.* 2008;117:3118-

3125. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.758524.

61 Miranda AF, de Paula RM, de Castro Piau CG, Costa PP, Bezerra AC. Oral care practices for patients in Intensive Care Units: A pilot survey. *Indian J Crit Care Med* 2016;20:267-73.

62 Silva GEM, Thomsen LP da R, Lacerda JCT, Botelho SHB, Reis JAC, Ferreira RD de A, Resende RG. Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre* [Internet]. 20º de agosto de 2020 [citado 3º de novembro de 2023];61(1):92-7. Disponível em:

<https://seer.ufrrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/99716>

63 Santos LD, Santos JC dos, Saccheto MSL da S, Lima RS, Amormino SA de F. The performance and importance of the dental surgeon in an Intensive Care Unit. *RSD* [Internet]. 2021Dec.4 [cited 2023Nov.3];10(16):e10101622955. Available from:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22955>

64 Duarte ASC, Silva CA. Maintenance of oral hygiene of patients admitted to intensive care units in hospitals. *J Oral Hygiene.* 2021;3(3):02-09. doi:10.36557/2674-8169.2021v3n3p02-09.

65 Silveira BL, Meneses DLP, Veras ESL, Melo Neto JPM, Moura LKB, Melo MSAE. A percepção de profissionais de saúde relacionada à importância do cirurgião dentista na Unidade de Terapia Intensiva. *RGO, Rev Gaúch Odontol.* 2020;68:e20200015.1-10.

66 Pagliusi MEM, Toledo DM, Kassis EN. Relevance of dental care in hospitals: a brief systematic review. *MedNEXT* [Internet]. 2022 Jul. 12 [cited 2023 Nov. 3];3(S4). Available from:

<https://mednext.zotarellifilhoscientificworks.com/index.php/mednext/article/view/198>

67 Simoes A, Greche N, Merchan L, Raimundo A, Cezario L, Cavalcante D, Meneghin M, Pereira A. Financial impact of including dentists in UCIs for reducing cases of Nosocomial Pneumonia. *Eur J Public Health.* 2020;30(Suppl. 5).

doi:10.1093/eurpub/ckaa166.699.

68 Kunkel GH, Roberts GK. Hospital Dentistry: The Swiss-Army Knife of Dental Medicine. *J Dent Educ.* 2021;85:112-115.

69 Tovani-Palone MR, Franchi T. Integration with medicine needed. *Br Dent J.* 2022;232(2):68-69. doi:10.1038/s41415-022-3892-8.

70 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 [Internet]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

71 Portaria Nº 1.032, de 05 de maio de 2010. *Diário Oficial da União.* 5 maio 2010; Seção 1, Nº 84.

72 Conselho Federal de Odontologia. Resolução Nº 162/2015 [Internet]. Nov 16, 2015. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>

73 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

74 Bartolomei CEF, Delduque MC, Carvalho MSD, Dallari Júnior HA. Legislação em Saúde. 2^a ed. 2004.

75 Junior S, Miranda LS. Desconstruindo a definição de saúde. *J Conselho Federal de Medicina (CFM).* 2004;15-16.

76 Dallari SG. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de direito sanitário.* 2008; 9(3): 9-34.

77 Sergio Valladão Ferraz. *Curso de direito legislativo.* Elsevier; 2007.

78 Penha Junior NL, Corvino MPF, Groisman S. *Poder Legislativo, Leis, Democracia e Saúde dos Brasileiros.* *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2014;26(3):188-96.

79 Silva RR, Seroli W. Odontologia aplicada em unidade de terapia intensiva. *e-Acadêmica.* 2022;3(1):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i1.94>.

80 Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados [Internet].* 2009 Mar 1 [citado 2022 Mar 9];52:223-51. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/dados/a/Mb6v3F5kTNgVWX6xrkrF3pd/?lang=pt>

81

82 Miranda RC da R, Cinnanti CJ, Tostes LE da S. Processo legislativo comparado: fonte de inteligência e aprendizagem organizacional. *Revista de Informação Legislativa [Internet].* 2015 [cited

2023 Nov 4];52(207):159–86. Available from:
https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/52/207/ril_v52_n207_p159

Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels : les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre

2011). Actes des 11èmes Journées Internationales d'Analyse des Données Textuelles (JADT). 2012

83 Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. Revista da

Escola de Enfermagem da USP. 2018;52(0).

84 Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso; 2013.

85 Sampieri RH, Collado CF, Lucio M del PB. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso. Porto Alegre: Penso; 2013.

86 Camargo B V., Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia. 2013;21(2).

87 Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Diário Oficial da União. 2022 Out 25;203(1):65

88 Mulim N. Projeto de Lei Federal Nº 2776/2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. 2008.

89 Flávio M. Projeto de Lei Nº 282/2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. 2009.

90 Bolsonaro F. Projeto de Lei Nº 1982/2009. Dispõe sobre a participação permanente de cirurgiões-dentistas nas atividades de prevenção e controle da infecção hospitalar nos hospitais, casas de saúde, maternidades e estabelecimentos congêneres, que mantenham serviços de assistência médica sob a modalidade de internação, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. 2009.

91 Cillo Jr JE. The development of hospital dentistry in America--the first one hundred years (1850-1950). J Hist Dent. 1996 Nov;44(3):105-9.

92 Godoi AD, Francesco AD, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. Rev Odontol UNESP. 2013;38(2):105-109.

93 Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. 27^a ed. São Paulo: Malheiros Editores; 2006.

94 Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. 27^a ed. São Paulo: Malheiros

Editores; 2006.

95 Decreto-Lei nº 4.657 de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Diário Oficial da União. 4 Set 1942; Seção 1.

96 Conselho Federal de Odontologia (BR). Código de Ética Odontológica. Brasília (DF): CFO; 2012.

97 Santos L, Curi J, Coltri M, Faggioni M, Melani R, Arcieri R, Beaini T. A evolução do Código de Ética Odontológica Brasileiro. Rev Bras Odontol. 2020;7.

<https://doi.org/10.21117/rbol-v7n22020-330>.

98 Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia; 2005.

99 Garcia PPN, Terence RL, Souza AC. Avaliação de cirurgiões-dentistas quanto ao uso de pessoal auxiliar na organização do atendimento clínico. Rev Odontol UNESP. 2004;33(1):25-32.

100 Duarte F, Custodio MM, Ozelin AA, Rossato PH, Simões TC, Poleti M, Sangiorgio JPM. A importância do técnico em saúde bucal na odontologia hospitalar: relato de experiência. Rev Eletr Acervo Saúde. 2019;(17):e57-e57.

101 Carnut L, Faquim JPS. Redes de atenção à saúde: conhecimentos fundamentais para o técnico em saúde bucal. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750. 2014;5(1):114-124.

102 Farias MSARH. Análise situacional da saúde bucal na atenção hospitalar na região de Fortaleza: caso de um hospital da Rede SESA. Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Clínica Odontológica, Curso de Odontologia; 2023. 67.

103 Lei Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia

104 Von Tiesenhausen HA. Parecer CFM Nº 24/2019. Processo-consulta CFM Nº 21/2019. As unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) devem desenvolver critérios de qualidade para a segurança dos pacientes, além de definir atribuições e competências na composição da equipe.

2019.

105 Rathbun K, Bourgault A, Sole M. Oral Microbes in Hospital-Acquired Pneumonia: Practice and Research Implications. Critical Care Nurse. 2022;42(3):47-54.
<https://doi.org/10.4037/ccn2022672>.