

## ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Jacqueline Webster

Fernando Anschau

Considerando o Projeto de Lei da Câmara Nº 34, de 2013 que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica em pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e ainda aos atendidos em regime domiciliar na modalidade home care.

*Obriga a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade home care. Dispõe que nos hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados ou classificados em alguma dessas situações previstas será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente. A obrigatoriedade de que trata o caput deste artigo alcança apenas os hospitais públicos ou privados de médio ou grande porte. Dispõe que aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva - UTI a assistência odontológica será prestada obrigatoriamente por cirurgião-dentista e nas demais unidades por outros profissionais devidamente habilitados para atuar na área, supervisionados por um odontólogo. Estabelece que a aplicação de penalidade em virtude do descumprimento desta Lei será disposta em Regulamento*

Enfatizamos que o Serviço de Odontologia hospitalar (OH) se destina aos pacientes de complexidade com necessidade de atendimento em ambiente hospitalar que pode ser em nível ambulatorial, internação, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico; por apresentarem, comprometimento sistêmico oriundo das diversas especialidades médicas de um hospital geral. A união de todos esses fatores resulta na necessidade de resolubilidade odontológica, muitas vezes em caráter emergencial, em decorrência da terapêutica clínica e/ou para a sequência de tratamento clínico e restabelecimento do quadro de saúde integral do paciente. Neste momento necessitamos dissociar a práxis da odontologia hospitalar do atendimento odontológico convencional, tanto pela maior complexidade clínica dos pacientes atendidos como pelo ambiente de atendimento e a terapêutica empregada diretamente relacionada com a doença de base do paciente. Neste contexto cabe ressaltar que o atendimento odontológico hospitalar

se insere na rede de atenção em nível terciário integrando-se e dialogando perfeitamente com os níveis primário e secundário de atenção em saúde e suas tecnologias leves e duras.

Desta feita o cirurgião-dentista, com perfil integrado à praxis em ambiente hospitalar, efetuando internação, comanejo clínico-cirúrgico, solicitação e interpretação de exames complementares e controle de infecções, auxilia diretamente na diminuição de custos e média de permanência do paciente no hospital empregando a terapêutica associada a doença de base apresentada pelo paciente no intuito de comenejar as comorbidades associadas a cavidade oral.

Quando abordamos a inserção de uma nova tecnologia como a implementação da atenção em odontologia hospitalar se faz necessário a Avaliação Econômica da Tecnologia que segundo as Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde: Diretriz de Avaliação Econômica são definidas como técnicas analíticas formais para comparar diferentes alternativas de ação propostas, levando em consideração custos e consequências para a saúde, positivas e negativas. Essas análises comparativas ponderam os custos dos recursos aplicados e das consequências obtidas em termos de saúde, ajudando nas decisões sobre a priorização de intervenções e a alocação de recursos. Os estudos de avaliação econômica envolvem, frequentemente, estudos de síntese da informação (como revisão sistemática e metanálise) para a obtenção das melhores estimativas dos desfechos em saúde. Além disso, requerem conhecimentos multidisciplinares, podendo envolver profissionais de disciplinas como epidemiologia, estatística, pesquisa clínica, administração em saúde e economia.

Desta forma estamos propondo, neste momento, apenas a defesa técnica da inserção da atenção odontológica em ambiente hospitalar baseada em legislação em andamento ou já existente bem como pesquisasse dimensionamentos já

publicados e suas respectivas projeções. Mas defendemos enfaticamente a necessidade de mais estudos e publicações de Gestão envolvendo o tema.

### 1) **Atuação do Cirurgião Dentista em Ambiente Hospitalar**

**Considerando** a RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010,

que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Seção V - Processos de Trabalho

Art. 21. Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar.

Seção IV - Acesso a Recursos Assistenciais

Art. 18. Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

**VI - assistência odontológica**

**Considerando** a Resolução CFO Nº 204/2019

Art. 2º As áreas de atuação do habilitado em Odontologia Hospitalar incluem:

a) atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;

b) prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência inclusive com suporte básico de vida e críticos;

c) atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

d) aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;

e) elaborar projetos de natureza científica e técnica, realizar pesquisas e estimular ações que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar; e,

f) atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar;

Desata feita a Equipe de Saúde Bucal para atuar em Odontologia Hospitalar deve ser composta por cirurgiões dentistas preferentemente habilitados em odontologia hospitalar e técnico em saúde bucal.

Ainda para atender a resolução do CFO o Serviço de Odontologia Hospitalar deve ser estruturado ética, técnica e administrativamente de forma a viabilizar com segurança o atendimento odontológico aos pacientes de complexidade em regime ambulatorial e internação hospitalar.

### **Considerando** o código de Ética em Odontologia

Como competência do cirurgião-dentista, segundo artigo 18 do capítulo IX do Código de Ética Odontológico, cabe internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. No artigo 19, deste mesmo capítulo, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal, e o artigo 20 estabelece constituir infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia.

## **2) Investimento Presumido**

A estratégia utilizada baseia-se na necessidade de dimensionamento:

- De Recursos Humanos
- De Investimento /Custeio

Para tal urge levar em consideração os recursos como tecnologias leves, duras e recursos humanos já disponíveis nos hospitais onde os Serviços de Odontologia Hospitalar serão implementados. Desta forma busca-se uma visão macro dos cenários com a utilização equilibrada de investimento, custeio, número de profissionais alinhando com a perspectiva da visão institucional e do todo organizacional realizando a transposição para o dimensionamento para atenção em odontologia neste mesmo cenário.

Os parâmetros aqui apresentados certamente serão alterados e adaptados às condições específicas de cada hospital e/ou setor, considerando-se as situações loco regionais. Assim sendo, é possível que unidades do mesmo porte venham a apresentar diferenças em seus quantitativos, porque serão adequadas aos perfis da demanda assistencial e aos modelos de gestão adotados.

#### **a) Necessidades de Recursos Humanos**

Utilizamos como base o trabalho “Análise Quantitativa da Necessidade de Recursos Humanos para Viabilizar a Atenção Odontológica em Ambiente hospitalar”

Os gestores de hospitais utilizam indicadores e/ou parâmetros quantitativos de pessoas, para dimensionar adequadamente os recursos humanos nas instituições, bem como, balizar os seus relatórios técnicos de consultoria, além do processo de ensino aprendizagem.

Os responsáveis pelas equipes utilizam os indicadores disponíveis para a montagem de escalas de trabalho (distribuição de pessoas por setores e horários) e para as discussões técnicas sobre produção e produtividade dos profissionais no ambiente hospitalar.

Os critérios técnicos dos procedimentos das profissões e o desenvolvimento das ciências ligadas à saúde seriam outras variáveis condicionantes. Os critérios das

profissões são as regras e normas técnicas para execução de procedimentos e seus tempos padrões, desdobradas das ciências biomédicas e comportamentais e ditadas pelas profissões envolvidas no atendimento médico-hospitalar. O avanço das ciências médicas, de enfermagem, de psicologia, de fisioterapia, odontologia dentre outras levam à criação de novas especialidades assistenciais e, portanto, às novas especialidades de profissionais, interferindo no cálculo dos indicadores. As características socioeconômicas da região, recursos médico-assistenciais disponíveis, perfil da demanda existente, nível da assistência médico-hospitalar oferecida (qualidade e complexidade), são outras variáveis condicionante do dimensionamento de pessoal.

Dadas as variáveis condicionantes citadas, a complexidade do atendimento, devido às especialidades criadas, à competitividade esperada no mercado, a geração dos indicadores e/ou parâmetros tornam-se uma necessidade fundamental para os hospitais na gestão de seus profissionais.

Ressaltamos que esta equipe iniciaria a implementação do Serviço e haveria uma revisão após um ano levando em consideração:

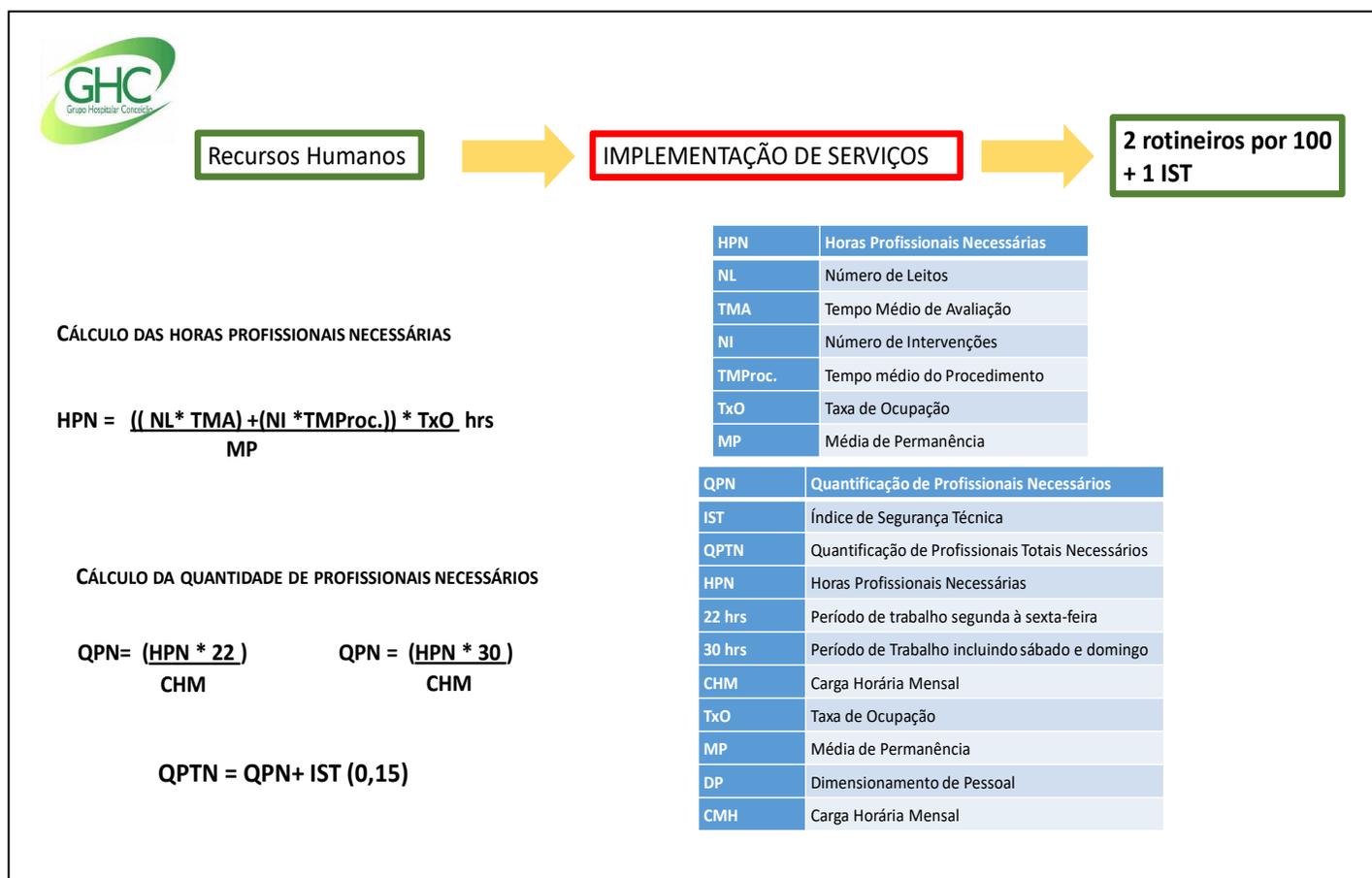
- A taxa média de ocupação dos hospitais
- A produtividade do serviço - Série histórica a ser levantada neste ano de implementação
- Análise epidemiológica da população a ser assistida nos hospitais envolvidos
- Dimensionamento de necessidades por setor e processo de atenção necessário

## Como Cenário

Leva-se em consideração que as áreas especializadas como: UTI, onco hematologia, cardiologia, neurologia e infectologia necessitam de uma atuação mais consistente, com busca ativa; em relação as enfermarias onde a demanda espontânea pode ser considerada.

Através da utilização da fórmula indicada no artigo sobre o dimensionamento quantitativo de recursos humanos, visando a economia de escala e otimização de recursos humanos a ser empregada no processo, indicamos a assistência por rotina em regime de segunda a sexta feira sendo a assistência prestada à noite e finais de semana em regime de sobre aviso. Uma vez que não temos ainda série histórica de procedimentos realizados registradas de forma oficial indicaremos a contratação de três cirurgiões dentistas sem um pelo índice de segurança técnica e dois técnicos em saúde bucal sendo um pelo índice de segurança técnica, que representa acréscimo de percentual no quantitativo de profissional para cobertura de qualquer tipo de ausência. Esta sugestão compõe a equipe inicial de odontologia hospitalar para cada 50 a 100 leitos de hospital geral.

Conforme fórmula abaixo



Ainda cabe ressaltar que deve ser avaliado o regime de trabalho de cada hospital onde podemos encontrar:

- Rotina 120hrs
- Rotina (dedicação 180hrs)
- Rotina 220hrs (dedicação exclusiva)
- Plantão

Desta forma cabe ressaltar que uma individualização do cálculo de horas profissionais necessárias e quantidade de profissionais necessários pode ser adaptada por regime de trabalho e por setorização



### b) Necessidade de Investimento e Custeio

Considerando a PORTARIA Nº 1.341, DE 13 DE JUNHO DE 2012, que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências.

Art. 1º Fica definido, na forma abaixo, o valor de antecipação do incentivo financeiro de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, da seguinte forma:

I - R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para cada CEO Tipo 1;

II - R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para cada CEO Tipo 2; e

**III - R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) para cada CEO Tipo 3.**

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, em parcela única, para os Fundos de Saúde do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios correspondentes aos recursos de que trata o caput deste Artigo, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 2º O incentivo repassado deverá ser aplicado na implantação do CEO, podendo ser utilizados para construção/reforma/ampliação do local em que funcionará o CEO e para compra de equipamentos/ materiais permanentes.

§ 3º Caberá um único incentivo por CEO habilitado.

Art. 2º Fica definido, na forma abaixo, o valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas

CEO:

I - R\$ 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo I;

II - R\$ 11.000,00 (onze mil reais) para cada CEO Tipo II; e

**III - R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo III.**

Com base no dimensionamento realizado para investimento em Centro e Especialidades odontológicas efetuamos uma breve projeção do investimento básico necessário para a implementação de um serviço de Odontologia Hospitalar em um hospital de 50 a 100 leitos:

Equipamento Odontológico para consultório e centro cirúrgico, equipamento odontológico móvel. raio x odontológico, raio x panorâmico, instrumentais e insumos básicos para assistência odontológica. Acreditamos que o financiamento do CEO tipo III desde que seja atualizado possa ser empregado para a atenção em Odontologia Hospitalar, da mesma forma o custeio.

### 3) Avaliação de Serviço em andamento

“Se considerarmos apenas o tratamento em internações motivadas pela mucosite teremos uma economia presumível de **4 milhões**. Se ampliarmos para o tratamento preventivo em ambulatório (CACONS E UNACONS) esta economia presumível tende a alcançar **10 milhões**”

### **Contextualizando**

Através desta análise inicial inicia-se no Mestrado Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS o estudo

Efficacy of low-level laser for treatment of cancer oral mucositis: a systematic review and meta-analysis Fernando Anschau & Jacqueline Webster<sup>1</sup> & Marcelo Eduardo Zanella Capra<sup>1</sup> & André Luis Ferreira de Azeredo da Silva & Airton Tetelbom Stein

Lasers in Medical Science <https://doi.org/10.1007/s10103-019-02722-7>

Seguida de uma coorte retrospectiva, em processo de publicação e através destes estudos preparamos a terceira fase de pesquisa de diz respeito a análise de microcusteio da terapêutica , dentro deste processo pode-se observar o impacto da utilização desta nova tecnologia em saúde :

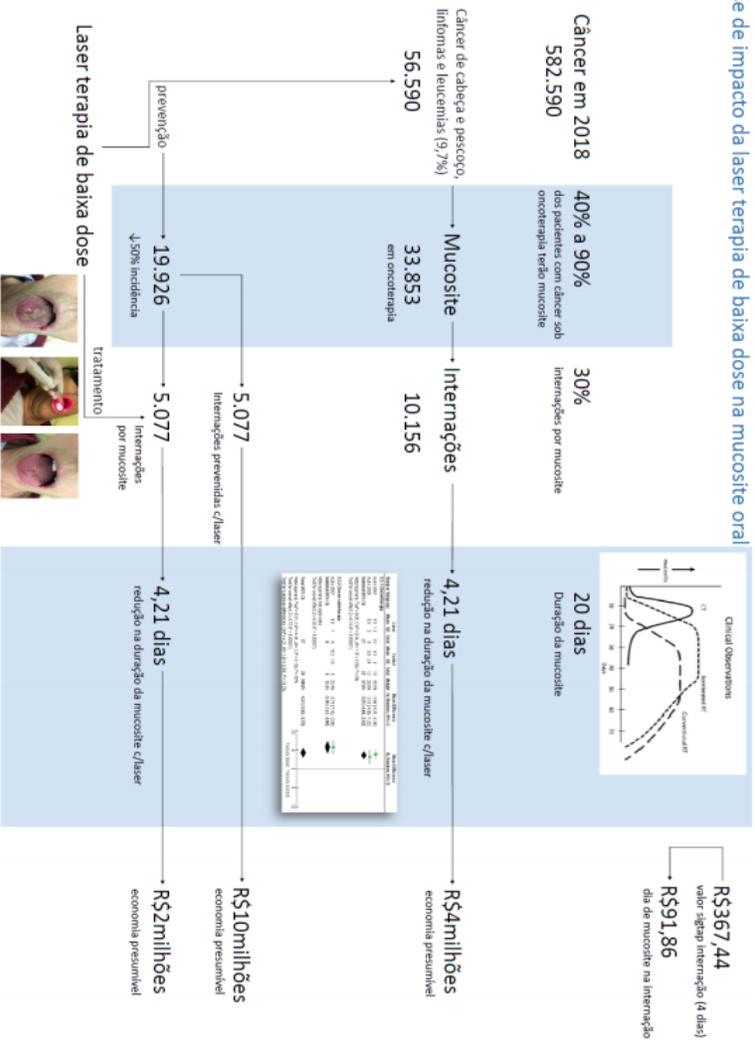
Levando em consideração que em 2018 tivemos 582.590 casos dentre estes aproximadamente 9,7% são cabeça e pescoço, linfomas e leucemias representando 56.590 destes 33.853 em oncoterapia repercutindo em 10.156 internações. Sem a laser terapia as internações duram em média 20 dias até a remissão completa da sintomatologia e lesões em cavidade oral ao reduzirmos (conforme revisão sistemática) em 4,21 dias o tempo de internação, se considerarmos apenas o tratamento da doença instituída teremos uma economia presumível de **4 milhões**. Se ampliarmos para o tratamento preventivo em ambulatório (CACONS E UNACONS) esta economia presumível tende a alcançar **10 milhões** conforme quadro abaixo de autoria do Dr. Fernando Anschau.



# Impacto

Análise de impacto da laser terapia de baixa dose na mucosite oral

Efetividade da terapia com laser de baixa dose para o tratamento da mucosite em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática e metanálise.



Elementos a considerar → número de UNACONS e CACONS: 283 (portaria 140, de 27 fev 2014) já com odontólogo (cap III, art 18)

**Quando a atenção odontológica se insere na prevenção de infecções relacionadas a economia é de R\$ 2. 854 ,00 por dia em um único leito!!!!!!**

### **Contextualizando**

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções hospitalares mais prevalentes nas unidades de terapia intensiva (UTI), com taxas que variam de 9% a 40% das infecções adquiridas nesta unidade, e está associada a índice alto de morbimortalidade.

Vários estudos evidenciam que um eficiente programa de higiene bucal em UTI's reduzem significativamente as taxas de PAVM (PASETTI et al, 2013; SOUZA et al, 2013).

Estudos recentes já demonstram que a sujidade na cavidade oral de pacientes de UTI, aumenta com o tempo de internação, paralelamente, também ocorrem aumentos de micro-organismos patogênicos respiratórios que colonizam esta cavidade oral. De 48h a 72h após a internação em UTI o biofilme deixa de ser colonizado por patógenos gram+, comuns a boca e passa a ser colonizado por patógenos gram negativo, com potencialidade para causar a pneumonia. Desta forma temos micro-organismos mais resistentes aos antibióticos. Podemos ressaltar ainda que os paciente com em coma, entubado em respirador tem mais risco de desenvolver a pneumonia uma infecção que é uma das causas da morte em UTI. Por estas razões faz-se necessário a manutenção da saúde bucal, além de maior integração da Odontologia, Medicina e Enfermagem, visando o tratamento global dos pacientes, a prevenção de doenças e maior humanização do tratamento dos pacientes internados em UTI

Para termos uma ideia em pesquisa, realizada nos Estados Unidos e que pode ser acessada no link <http://bit.ly/2bE81YR> , a redução de pneumonias associadas à ventilação mecânica, ou seja, entubação, chegou a 46%.

- A implementação de um protocolo de cuidados bucais simples e de baixo custo na unidade de terapia intensiva cirúrgica levou a uma redução significativa do risco de aquisição de pneumonia associada ao ventilador mecânico
- Essa redução de 46% na pneumonia associada ao ventilador foi estatisticamente significativa ( $p = 0,04$ ). A adesão do pessoal ao protocolo de cuidados bucais durante o período de 12 meses também foi monitorada quinzenalmente com média de 81%. O custo total do protocolo de cuidados bucais foi de US \$ 2.187,49. Houve 14 casos a menos associados de PAVM, o que levou a uma redução do custo de US \$ 560.000 para US \$ 140.000 com base no custo estimado por infecção por PAVM de US \$ 40.000 a US \$ 10.000 .
- Fora a diminuição de custos pela diminuição de antibióticos necessários para tratamento da PAV em cada dia que o paciente diminui a permanência em UTIs temos uma economia de em torno de **R\$ 2. 854 ,00 por dia em um único leito!!!!!!**

Neste contexto nas Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde-ANVISA/ 2017 encontramos a Odontologia e seu papel nas equipes multidisciplinares em UTI auxiliando na prevenção e controle da pneumonia associada a ventilação mecânica.

Capítulo 1 – Medidas de Prevenção de Pneumonia Relacionada à Assistência à Saúde

3. Medidas de prevenção

3.2. Medidas específicas recomendadas para prevenção de pneumonia

3.2.4. Fazer a higiene oral com antissépticos



A importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implementar diretrizes adequadas e seguras. Na última publicação do SHEA de 2014, a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. Apesar disso, esta medida faz parte do “bundle” do IHI e quando aplicada em conjunto com outras medidas, parece ter um efeito positivo para redução de PAV.

### 3.4 Medidas de Prevenção com Foco na Odontologia

#### **Jacqueline Webster**

Especialista em gestão Hospitalar – Escola GHC/FIOCRUZ

Referência Técnica UNACON/GHC

Cirurgiã-dentista da Linha de Cuidado Oncológico/HNSC/GHC

Mestranda em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS/ GHC

Presidente da Comissão de Odontologia Hospitalar CRO/RS

Membro da Comissão de Odontologia Hospitalar CFO

#### **Fernando Anschau**

Médico, Doutor e Mestre em Clínica Médica PUC/RS

Especialista em Gestão Hospitalar – Escola GHC e Fiocruz

Mestre em Avaliações de Tecnologias em Saúde /GHC

Professor da Escola de Medicina da PUC/RS

Coordenador Núcleo de Avaliação de Tecnologia para SUS /GHC

## Referências Bibliográficas

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. [Citado em 2011 set 12]. Disponível em: URL: <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>

ALCALÁ, E. et al. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico Hospitalar São Paulo. São Paulo: Prefeitura Municipal Aspectos Administrativos Gerais, 1982.

Anschau F.; Webster J.; Efficacy of low-level laser for treatment of cancer oral mucositis: a systematic review and meta-analysis *Lasers in Medical Science* <https://doi.org/10.1007/s10103-019-02722-7>

Araujo ET AL. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo - rev. Bras. Ter. intensiva vol. 21 no. 1 São Paulo Jan. Mar. 2009;

Borges, D. Filho, J.F.M - Parâmetros de Recursos Humanos para Unidade Médico-Assistenciais, 1980.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética. Resolução CFO-42 de 20 de maio 2003

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das normas para Procedimentos nos conselhos de odontologia. Resolução CFO-63/2005. Atualizado em 04/11/2008. Disponível em:

[WWW.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf](http://WWW.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf)



BRASIL. Constituição. Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1988. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASÍLIA -2004

BRASIL. Leis etc. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL, Leis etc. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

Caderno de atenção básica - Ministério da Saúde - Saúde Bucal, saúde da família - Caderno de atenção básica nº17, 92 p.- Brasília -2006

CAMPINAS. <[http://www.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/manual\\_neuro\\_mar07.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/manual_neuro_mar07.pdf)> acesso nov. 2009.

CAMPOS, G.W.S, DOMITTI, A.C. Metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev, 2007.

CAMPOS, Gastão W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/Downloads/05062008\\_Gastao\\_Equipe\\_matriciais\\_apoio.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/05062008_Gastao_Equipe_matriciais_apoio.pdf)>

CECÍLIO, L.C. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY e ONOCKO. MERHY, E; ONOCKO, R (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, p. 293-319, 1997.

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

Classificação Brasileira de Ocupações:

<<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informaçõesGerais.jsf;jsessionid=3276F094DD9034DAD6E35DE8BD4C8649.node1#2>

CONASENS. Parâmetros para o planejamento da força de trabalho em hospitais gerais. São Paulo, 2006.

Contextualizando e Planejando. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, RJ. 2009, p. 63 – 90.

Doro GM, Fialho LM, Losekann M, Pfeiff DN. Hospital Dentistry Project. Rev ABENO. 2006;6(1):49-53

GHC. <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=Atendimento&idSubMenu=2>> acesso jun. 2009).

Ministério da Saúde Diretrizes Metodológicas: Diretrizes de avaliação Econômica 2014

DUTRA, V. O. Administração de recursos no hospital. In: GONÇALVES, E. L. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira, 1983. p. 67-114.

\_\_\_\_\_. MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, p.197-210, 2003,

Malik A.M - Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. RAE, 1992.

Ministério da Saúde / Organização Panamericana de Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – estudos e análises. Ed Ministério da Saúde; Brasil, 2004.

Ministério da Saúde - Portaria MS/GM -1101/02 – Estabelece os parametros de cobertura assistencial no ambito do Sistema Único de Saude. Brasília, 2002.

O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE- Série F. comunicação e educação em saúde- Brasília DF -3ª edição – 481 p., 2009

Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Estado da Saúde, 2006.

PASETTI, L. A. et al. Odontologia hospitalar a importância do cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva. Rev. Odontol (ATO), v. 13, n. 4, p. 211-226, 2013.

PICCHIAI, D : Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em Hospitais. Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2009

POSSA, LB :Política Públicas: os Efeitos no Subsistema de Provisão de Serviços Hospitalares do SUS, Tese de Doutorado – UFRGS , Porto Alegre –RS, 2013

Queluz, DP, Palumbro A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. Jornal de Assessoria e Prestação de Serviço ao Odontologista. 2003; 3(19): 40-6.

Raya, S, Bezerra ACB. Hospitalar periodontics: treatment under general anesthesia. RGO. 1997; 45:140-4

SOUZA, A. F. D.; GUIMARÃES, A. C.; FERREIRA, E. F. E. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. REME Rev Min Enferm, v. 17, n. 1, p. 177- 184, 2013/03 2013.



VIAN, Mauricio (org.)...[et al]. Sustentabilidade das Organizações do Terceiro Setor: Captação de Recursos. Porto Alegre: Corag, 2009.

WEBSTER J. ; RIZZOTTO J.M. Projeto de Intervenção em Serviço: Organização e Sistematização do Serviço de Odontologia em Ambiente Hospitalar, Trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão Hospitalar GHC/FIOCRUZ, 2010.

WEBSTER J.; ANSCHAU F. Análise Quantitativa da Necessidade de Recursos Humanos para Viabilizar a Atenção Odontológica em Ambiente hospitalar:

Link

:  
[https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2018/junho/15/DIMENSIONAMENTO\\_QUANTITATIVO\\_AMIB\\_23-04.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/junho/15/DIMENSIONAMENTO_QUANTITATIVO_AMIB_23-04.pdf)