

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Cristiane Mayara Rodrigues  
Marcelle Vieira de Oliveira**

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL:  
TRAJETÓRIA E PROBLEMÁTICAS**

**Taubaté-SP  
2020**

**Cristiane Mayara Rodrigues  
Marcelle Vieira de Oliveira**

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL:  
TRAJETÓRIA E PROBLEMÁTICAS**

Trabalho de Graduação apresentado para  
obtenção do Certificado de Bacharel em  
Odontologia do Departamento de Odontologia  
da Universidade de Taubaté,  
Orientador: Prof. Dr. Afonso C.S. Assis

**Taubaté-SP  
2020**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI  
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI  
Universidade de Taubaté – UNITAU**

R696i Rodrigues, Cristiane Mayara  
A importância da odontologia hospitalar no Brasil :  
trajetória e problemáticas / Cristiane Mayara Rodrigues ,  
Marcelle Vieira de Oliveira. -- 2020.  
33 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté,  
Departamento de Odontologia, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Afonso Celso Souza de Assis,  
Departamento de Odontologia.

1. Integração. 2. Hospitais. 3. Odontologia hospitalar. I.  
Oliveira, Marcelle Vieira de. II. Universidade de Taubaté.  
Departamento de Odontologia. III. Título.

CDD – 617.6

**Cristiane Mayara Rodrigues**  
**Marcelle Vieira de Oliveira**  
**A importância da Odontologia Hospitalar no Brasil:**  
**trajetória e problemáticas**

Trabalho de Graduação apresentado para  
obtenção do Certificado de Bacharel em  
Odontologia do Departamento de Odontologia  
da Universidade de Taubaté,  
Orientador: Prof. Dr. Afonso C.S. Assis

Data: 28/11/2020

Resultado:\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Alexandre Cursino de Moura Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso

Assinatura\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Nivaldo André Zoner

Assinatura\_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos esse Trabalho de Graduação a Deus e aos nossos familiares, que nos apoiaram até aqui para que nosso sonho se tornasse possível.

## **AGRADECIMENTO**

Expressamos nossa eterna gratidão, a Universidade de Taubaté em especial ao departamento de odontologia, aos professores que nos passaram todo conhecimento e sabedoria ao longo desses anos de graduação, para que nos tornássemos boas profissionais daqui para frente.

## **EPÍGRAFE**

**“Nada é tão nosso quanto nossos sonhos” ...**

## **RESUMO**

O presente trabalho tem por tema a importância da Odontologia Hospitalar no Brasil, considerando que essa área trata da atuação integrada entre cirurgiões-dentistas e equipe médica no ambiente hospitalar. O objetivo é esclarecer conceitos básicos, a história da Odontologia, da Odontologia Hospitalar, dos cursos de odontologia, da trajetória para aprovação da legislação específica bem como evidenciar a diferenciação dos procedimentos do consultório e dos hospitais, reforçar a importância dessa área e valorizar o profissional odontológico, além de propor alternativas que solucionem o problema. Para tal optou-se pela metodologia descritiva e explicativa aliada a uma revisão de literatura.

**Palavras-Chave:** Odontologia Hospitalar; integração; hospitais, história da Odontologia Hospitalar.

## **ABSTRACT**

The present work has as its theme the importance of Hospital Dentistry in Brazil, considering that this area deals with the integrated performance between dentists and medical staff in the hospital environment. The objective is to clarify basic concepts, the history of Dentistry, Hospital Dentistry, dentistry courses, the trajectory for the approval of specific legislation as well as to highlight the differentiation of the office and hospital procedures, reinforce the importance of this area and value the professional dentistry, in addition to proposing alternatives that solve the problem. For this, we opted for the descriptive and explanatory methodology combined with a literature review.

**Key words:** Hospital Dentistry; integration; hospitals, history of Hospital Dentistry.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Panorama Histórico	
2.1 História da Odontologia.....	12
2.2 História dos cursos de Odontologia.....	13
2.3 História da Odontologia Hospitalar.....	14
2.4 Trajetória Legislativa.....	16
3. Odontologia Hospitalar	
3.1 Conceituação.....	19
3.2 Diferenciação da Odontologia Clínica.....	22
3.3 Atribuições da Odontologia Hospitalar.....	23
3.4 Atuação do dentista nos hospitais.....	24
4. Benefícios da Odontologia Hospitalar	
4.1 Saúde integral do paciente.....	26
4.2 Redução de custos.....	28
Considerações Finais.....	29
Referências Bibliográficas.....	31

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Camargo (2005), a odontologia hospitalar constitui “uma prática que visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimento de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente” (GODOI *et al.* 2009, p. 106). Isso significa uma abordagem do paciente por completo não apenas voltada ao tratamento da cavidade bucal.

Reconhecendo a importância da Odontologia no âmbito hospitalar, e em consonância com os últimos avanços na conquista de espaço por essa área, o presente trabalho tem por objetivos gerais apresentar os conceitos básicos da Odontologia no âmbito hospitalar, bem como traçar um panorama da história da Odontologia no Brasil, incluindo a evolução dos cursos de graduação em Odontologia, e a trajetória legislativa rumo à obrigatoriedade da assistência odontológica em hospitais.

Dando prosseguimento, os objetivos específicos se constituem em: diferenciar a Odontologia clínica da hospitalar, demonstrar a importância da integração multidisciplinar e do trabalho do cirurgião-dentista na promoção da saúde do paciente, bem como contribuir com o aprimoramento da atuação do profissional no ambiente hospitalar.

Diversos estudos demonstram a importância da Odontologia Hospitalar e revelam uma “melhora da condição sistêmica do paciente, na redução de infecções oportunistas, diminuição dos índices de morbidade e mortalidade, bem como na [...] redução significativa de custos ao sistema de saúde público e privado” (COSTA *et al.* 2013, p. 224).

Estudos de revisão de literatura contribuem para a formação integral do profissional de odontologia chamando atenção para os atributos da odontologia hospitalar bem como para o preparo em situações de risco à vida do paciente. Além disso, pensando em um impacto social, que vá além da faculdade, tais estudos podem guiar a “gestão de recursos humanos”, “melhoria na qualidade da atenção à saúde e, ainda, para a estruturação de políticas de saúde pública.” (COSTA *et al.* 2013, p. 224)

Pode-se classificar a presente pesquisa como descritiva e explicativa, uma vez que objetiva-se explicar conceitos e relevância da Odontologia Hospitalar bem como descrever a realidade atual. Optou-se por uma abordagem indireta, baseada na revisão bibliográfica e documental, devido ao cenário atual de pandemia e a relativa recentidade do assunto em território nacional.

Então, o trabalho se divide em três grandes partes: na primeira parte será traçado o panorama histórico da Odontologia no Brasil, no mundo e a história de seus cursos, e também uma apresentação da legislação específica concernente à Odontologia Hospitalar. Na segunda parte serão tratadas em mais detalhes as características da atuação do cirurgião-dentista nos hospitais, sua importância e necessidade e o contraste com a Odontologia clínica. Por fim, na terceira e última parte serão apresentadas as vantagens da Odontologia Hospitalar tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde, bem como as considerações finais com fito no enriquecimento do debate ao apresentar propostas para o avanço da Odontologia Hospitalar no Brasil.

## **2. PANORAMA HISTÓRICO**

### **2.1 História da Odontologia**

De acordo com o minidicionário Aurélio, publicado em 2000 pela Editora Nova Fronteira no Rio de Janeiro, odontologia é a “parte da medicina que estuda os dentes”, e em consonância o Dicionário Google traz a seguinte definição: “especialidade paramédica que se dedica ao estudo e tratamento dos dentes e de suas afecções”. Ambos trazem um conceito moderno do que se entende por Odontologia, contudo houve uma longa trajetória até alcançar o formato atual. Por isso, será traçado de forma sucinta um panorama histórico desde os primórdios dando destaque aos elementos legais e jurídicos da constituição da Odontologia em sua autonomia.

A necessidade da atenção e do cuidado com a saúde bucal não é recente, estudos apontam que os seres humanos já se preocupavam com seus dentes ainda no período Neolítico, cerca de 9.500 anos atrás na região do atual Paquistão. Além

disso, há indícios de que no ano 3.700 A.C. os egípcios registravam em manuscritos seus conhecimentos odontológicos, como mostra Haroldo Cauduro.

Como a maioria das profissões, a Odontologia também passou por uma fase pré-científica, em que os principais sujeitos a realizar procedimentos bucais eram os barbeiros e sangradores, os quais não tinham nenhum tipo de qualificação. “Os barbeiros e sangradores eram geralmente ignorantes e tinham um baixo conceito, aprendendo esta atividade com alguém mais experiente” (ROSENTHAL, 1995, s.p.)

Na França, no século XVIII, mais especificamente no ano de 1728, Piérre Fauchard publica o livro *Le Chirugien Dentiste au Traité des Dents* (Tratado dos dentes para os cirurgiões dentistas) em que aborda “anatomia, fisiologia, entre outros assuntos e citava a piorrécia alveolar, que recebeu o nome de ‘Enfermidade de Fauchard’ (doença periodontal)” (CAUDURO, 2019, s.p.), promovendo uma revolução na área, motivo pelo qual foi considerado o “Pai da Odontologia”.

No Brasil o exercício da profissão também era desorganizado e feito por pessoas sem capacitação, apenas no ano de 1629 foi regulamentado com a Carta Régia de Portugal. Durante um tempo após a publicação da Carta, os “tiradentes” precisavam de uma “licença especial [...] conferida pelo ‘cirurgião-mor Mestre Gil’, após exames de habilitação” (CAUDURO, 2019, s.p.) e aqueles que não a possuísem poderiam ser presos e multados.

A partir de então tem-se documentada uma série de avanços, paulatinos, no que tange à regulamentação da Odontologia no Brasil. Em 1820, o Doutor Eugênio Frederico Guertin, formado pela Faculdade de Odontologia de Paris, recebe sua licença para atuar no Rio de Janeiro. Ele atingiu elevadíssimo conceito no país e “foi o autor do primeiro livro de odontologia feito no Brasil, em 1829, ‘Avisos Tendentes a Conservação dos Dentes e sua Substituição’”.(CAUDURO, 2019, s.p.).

## **2.2 História dos Cursos de Odontologia**

A inauguração da primeira escola dental do mundo deu-se em 06 de março de 1840, criada por Harris e Hayden no Estado de Maryland, na cidade de Baltimore, EUA (“Baltimore College of Dental Surgery”). O curso era de 16 semanas e a classe possuía cinco alunos. (CAUDURO, 2019, s.p.)

Esses dois acontecimentos influenciaram e estimularam os investimentos na formalização do ensino de Odontologia no Brasil; posteriormente no ano de 1880,

Vicente Cândido Sabóia assumiu a direção da Faculdade Medicina e executou uma atualização do ensino de Odontologia em seus aspectos materiais e científicos. “Cria o laboratório de cirurgia dentária, encomendando aparelhos e instrumentos dos Estados Unidos. Com crédito especial obtido na lei 3141 [...], monta também o laboratório de prótese dentária.” (ROSENTHAL, 1995, s.p.).

O curso de Odontologia foi criado oficialmente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884; já em São Paulo foi criado no ano de 1900, sendo definidas três séries assim distribuídas:

- 1ª série: Física, Química Mineral, Anatomia descritiva e Topografia da Cabeça.
- 2ª série: Histologia dentária, Fisiologia dentária, Patologia dentária e Higiene da boca.
- 3ª série: Terapêutica dentária, Cirurgia e Prótese dentaria. (CAUDURO, 2019, s.p.)

Durante todo esse tempo a Odontologia era tratada como cursos, apenas em 1925 se tornou faculdade, contudo continuava anexa a Faculdade de Medicina, sendo apenas no ano de 1933 que conquistou sua autonomia.

A apresentação de tal panorama objetiva traçar a evolução da Odontologia, de prática renegada pelos médicos à atividade secundária da medicina, até se tornar autônoma; isso é observável nas definições apresentadas nos dicionários ao mencionarem “parte da medicina” e “especialidade paramédica”, bem como na história da constituição dos cursos e faculdades.

Se no princípio o ofício do dentista era visto como atividade rudimentar e secundária, e os primeiros profissionais eram barbeiros e sangradores, os hospitais não se constituíam como espaço de atuação, como campo de trabalho deles, imaginar a presença de “tiradentes” simultaneamente e trabalhando conjuntamente com médicos era absurdo para as concepções da época. Esse cenário e raciocínio não se restringiram aos séculos XVII e XVIII, eles sofreram algumas alterações com o tempo contudo perduram até a contemporaneidade, a Odontologia Hospitalar ainda não é (re)conhecida e valorizada.

A Odontologia Hospitalar não compõe a grade curricular dos cursos de graduação, “em alguns casos este tema é abordado somente em nível de especialização” (ARANEGA *et al.* 2012, p.91), e quando se faz presente é classificada como disciplina optativa. Mais uma vez, o problema presente se configura como herança histórica, apresenta suas raízes no passado, na história da constituição das

grades curriculares, como é possível observar na grade paulista de 1900 apresentada acima.

Se a Odontologia que era anteriormente desvalorizada e renegada teve seus avanços e reconhecimento devido aos investimentos e esforços em constituir qualificação e capacitação de profissionais, o mesmo empenho se aplicado à Odontologia Hospitalar possivelmente surtirá efeitos positivos no reconhecimento de tal área pelos Conselhos, Entidades de Classe, Instituições de Ensino, Governos e até mesmo pela população.

### **2.3 História da Odontologia Hospitalar**

Historicamente a odontologia hospitalar foi desenvolvida na América pelos Drs. Simon Hüllihen e James Garretson na metade do século XIX, a partir de então são grandes os esforços para “obtenção do reconhecimento da Odontologia no âmbito hospitalar” (GODOI *et al.* 2009, p. 107), posteriormente essa área passa a ter o apoio da Associação Dental Americana.

No Brasil, a institucionalização e oficialização da Odontologia Hospitalar tem sido lenta e bastante conturbada, estima-se que os primeiros serviços empreendidos tenham sido realizados apenas nas décadas de 1970 e 1980. Além disso, a recusa dos profissionais de odontologia nos hospitais também é recorrente; o cirurgião-dentista e médico Paulo Fernando Martins, em entrevista concedida ao Portal da Medicina Oral, no 1º Encontro de Odontologia das Comissões de Odontologia Hospitalar, ocorrido em Minas Gerais, relata um episódio que vivenciou em sua carreira:

Em 1980, como o INAMPS não honrou com seus compromissos financeiros com o Hospital Felício Rocho – não arcando com as despesas para tratamento odontológico dos hemofílicos – criou-se um verdadeiro caos para os hemofílicos que passaram a ser atendidos no Rio de Janeiro ou em São Paulo, o que obrigou o superintendente do INAMPS, o Dr. José Luiz de Vasconcelos Barros, a instituir o serviço de Odontologia em um hospital do INAMPS, o hospital Alberto Cavalcanti. Porém houve muita resistência da diretoria deste hospital, que na época fez de tudo para que a Odontologia não fosse instalada. (ORAL, 2012, s.p.)

É possível perceber através do relato de Martins que a Odontologia não era parte integrante dos serviços prestados nos hospitais, que a primeira implementação

do profissional odontólogo no ambiente hospitalar ocorreu em decorrência de uma necessidade não atendida que culminou em caos e que mesmo diante da nitidez da importância do atendimento odontológico aos pacientes, a equipe hospitalar se recusou a receber tais profissionais.

Apesar dos obstáculos a Odontologia Hospitalar foi ganhando notoriedade e reconhecimento, surgiram, então, instituições como a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), que tem por objetivos “acompanhar a tendência da área de saúde e congregar colegas nos esforços de suas metas em promoção de saúde, educação do paciente, alta resolutividade e valorização do nicho de mercado”. (GODOI *et al.* 2009, p.107). Contudo, conforme mencionado a institucionalização da Odontologia Hospitalar ainda percorre um trajeto repleto de empecilhos e isso é observável no percurso jurídico o qual será tratado a seguir, a fim de detalhar os caminhos percorridos pela Odontologia Hospitalar em território nacional.

## **2.4 Trajetória Legislativa**

A partir de agora, serão trabalhadas as decisões das autoridades nacionais tanto em ratificação da importância da Odontologia Hospitalar, quanto em invalidação. Apesar de ainda inexecutável legislação de nível federal que efetive a obrigatoriedade do serviço odontológico em hospitais, alguns estados já haviam aprovado suas próprias leis a fim de assegurar esse direito, entre eles é possível mencionar: Rio de Janeiro, Rondônia, Distrito Federal, São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul, conforme noticiado no Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva (CEMOI) nos anos de 2016 e 2017.

Além da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 7/2010) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que regulamenta a presença dos cirurgiões-dentistas em ambiente hospitalar. Bem como da Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO-162) de novembro de 2015 que reconhece a Odontologia Hospitalar como exercício dos cirurgiões-dentistas, observe:

Art. 1º Reconhecer o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista.

Art. 3º O curso de Odontologia Hospitalar deverá ser realizado com um mínimo de 350 (trezentas e cinquenta) horas, sendo 30% de horas práticas e 70% de aulas teóricas

Art. 5º São consideradas disciplinas básicas: a) rotina hospitalar (gestão, bioética, biossegurança, prontuário, prescrição, rounds, prática clínica, segurança do paciente, urgência e emergência); b) propedêutica clínica (interpretação de exames, principais agravos, pacientes sistemicamente comprometidos, interações medicamentosas); e, c) BLS (Basic Life Support). (São Paulo, 2015, p. 08)

Mais adiante será apresentado o panorama para aprovação de lei nacional, contudo faz-se necessário chamar a atenção para o quão recentes tais decisões são, a Resolução CFO-162 é datada do ano de 2015, as leis estaduais são de 2016 e 2017, ainda que a tramitação da lei nacional tenha sido iniciada em 2008, ou seja, o reconhecimento e regulamentação do exercício da Odontologia Hospitalar em território nacional pode ser considerado tardio.

No ano de 2008, o então deputado Neilton Mulim (PR – RJ) propôs o projeto de lei (PL) nº 2.776-B que tornaria obrigatória a presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. Observe os primeiros artigos:

Art. 1º Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva.

Art. 2º Em todas unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente. Parágrafo único. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) o profissional será um cirurgião-dentista, e nas demais unidades profissionais de odontologia com qualificação para atuar nessa área. (BRASIL, 2008, p. 02)

É importante chamar a atenção para a morosidade de tramitação do PL, prática que reflete o descaso com a problemática da necessidade de profissionais odontólogos nos hospitais, apesar de o PL ter sido protocolado em 2008 durante muitos anos permaneceu parado e sem a devida atenção. Então, no ano de 2011 o, na época, deputado federal William Dib (PSDB – SP) elaborou o projeto nº 363 no intuito de complementar o PL inicial, ampliando a atuação que antes era prevista apenas nas Unidades de Terapia Intensiva para outros setores das unidades hospitalares em tratamento de pacientes internados.

O Projeto de Lei então foi passando dia após dia como secundário, ignorado pelos parlamentares, inclusive é possível perceber, ao consultar os registros de

andamento, que a apreciação dele foi continuamente adiada para as próximas sessões, totalizando oito transferências, veja bem:

30/10/2013

SF-SSCLSF – SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

**Situação:** INCLUÍDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

**Ação:**

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária do dia 31/10/2013.

Votação, em turno único, do Requerimento nº 1.239, de 2013, de audiência da CAE.

Matéria não apreciada na sessão do dia 31/10/2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária de 05/11/2013.

Matéria não apreciada na sessão de 5.11.2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária de 6.11.2013.

Matéria não apreciada na sessão de 6.11.2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária de 7.11.2013.

Matéria não apreciada na sessão do dia 07/11/2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária de 12/11/2013.

Matéria não apreciada na sessão do dia 12/11/2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária de 13/11/2013.

Matéria não apreciada na sessão do dia 13.11.2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária do dia 14.11.2013.

Matéria não apreciada na sessão de 14.11.2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária do dia 19.11.2013.

**Matéria não apreciada na sessão de 19.11.2013, transferida para a sessão deliberativa ordinária do dia 20.11.2013. (CEMOI, 2019, s.p.)**

Posteriormente o PL foi aprovado pela Câmara de Deputados, uma vez que a “comunidade acadêmica, profissional e de toda a área da saúde” (CEMOI, 2018, s.p.) bem como Keller de Martini, “diretor do Departamento de Odontologia Hospitalar da APCD, presidente da comissão de Odontologia Hospitalar do Conselho Federal de Odontologia e membro da comissão da Odontologia Hospitalar do CROSP” (PANTANO, 2019, s.p.) mobilizaram-se e agregaram força no estímulo da aprovação do PL desde 2013 que se mostrou frutífera.

Todavia, até se tornar efetivamente uma lei nacional ainda há muito a se trilhar, o PL aprovado pela Câmara passou um período arquivado e com os esforços do então senador Jorginho Mello (PR-SC) foi efetuado o desarquivamento. Antes de ser enviado para o Senado, Wellington Dias, na época governador do Piauí solicitou o impedimento do prosseguimento. Por fim, a matéria seguiu seu

curso até o Senado, onde foi aprovada. Restando então, apenas a sanção do Presidente da República.

Então, no ano de 2019 o presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, vetou a lei que tornaria obrigatória a assistência odontológica em ambiente hospitalar de médio a grande porte destinada aos pacientes das UTIs, internação (inclui-se a domiciliar) e portadores de doenças crônicas por hospitais públicos e privados. O presidente “alegou inconstitucionalidade da matéria, porque a medida violaria a Lei de Responsabilidade Fiscal, já que aumentaria a despesa pública obrigatória, sem o cancelamento equivalente de outra e sem estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro.” (SENADO, 2019, s.p.)

O veto presidencial foi mantido pelo Senado, como é possível observar na página do Congresso Nacional em que consta respectivamente “Veto total” e situação “mantido”, bem como “tramitação encerrada” na consulta da atividade legislativa no site do Senado Federal. Apesar da necessidade da prestação de atendimento odontológico para um variado leque de pacientes, hoje é possível observar uma grande problemática no que tange à obrigatoriedade ou não da prestação desse serviço em hospitais públicos.

Então, é necessário chamar a atenção para o que a deputada Erika Kokay argumenta ainda no PL de 2008, de acordo com ela é papel da Câmara defender e apoiar medidas que visem a assistência integral da saúde, e entende que esse “consiste em um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2008, p. 07) ao retomar a Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/1990. Além de salientar que hospitais de referência nacional como Sírío-Libanês e Hospital Israelita Albert Einstein já incluem em sua equipe multiprofissional os cirurgiões-dentistas.

### **3. Odontologia Hospitalar**

#### **3.1 Conceituação**

A Odontologia Hospitalar é caracterizada, essencialmente, pela atuação do dentista dentro dos hospitais, essa é, possivelmente, a definição mais básica para uma prática muito complexa, tal termo “ilustra a prática da Odontologia dentro de uma

estrutura que é o hospital, propiciando cuidado preventivo-educativo e curativo-reabilitador” (COSTA *et al*, 2016, p.212), mais detalhadamente pode ser definida “como um conjunto de práticas seja em baixa, média ou alta complexidade, que visa o tratamento e prevenção de enfermidades por meio de procedimentos em nível hospitalar” (SALDANHA *et al*, 2015, p. 59).

Ainda outras possibilidades de conceituação são apresentadas por autores como Camargo, Godoi e Silva, as quais podem enriquecer esse trabalho uma vez que trazem também objetivos e características dessa atuação do dentista nos hospitais. Veja o que Silva diz a respeito: “A odontologia hospitalar pode ser definida como prática de atividades que visam contribuir com a melhora da saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados por meio dos cuidados com a cavidade bucal” (SILVA *et al*, 2017, p. 02), Godoi acrescenta que “exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente” (GODOI *et al*, 2009, p.106), afirmação consoante à de Saldanha ao esclarecer que o “foco principal [da Odontologia Hospitalar] é o cuidado de pacientes críticos que necessitam de tratamentos especiais” (SALDANHA *et al*, 2015, p. 59).

O que pode ser observado como recorrente e relevante nas mais diversas definições encontradas da expressão Odontologia Hospitalar, é que a grande maioria, após afirmar que se trata da atuação do dentista no hospital, acrescenta o principal objetivo: a promoção da saúde e bem-estar do paciente hospitalizado, isso significa que a presença do dentista no hospital não se dá por acaso, é fundamental compreender que a saúde sistêmica do paciente está intimamente ligada à sua saúde bucal, pois a cavidade oral além de parte constituinte do complexo organismo humano pode se tornar a porta de entrada para bactérias, fungos e diversos patógenos encontrados no ambiente hospitalar. Sendo assim:

Quando se fala em Odontologia integrada em uma equipe multidisciplinar, deve-se ter em mente a abordagem do paciente como um todo e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal. A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo (GODOI *et al*, 2009, p. 106)

Esse costuma ser um objetivo comum a todos os profissionais da saúde, e para alcançá-lo paulatinamente se faz necessária a constituição de uma equipe multidisciplinar, a qual deve incluir o cirurgião dentista pois ele é o profissional

capacitado para “realizar um exame clínico adequado no paciente hospitalizado para avaliar se existe a presença de alguma alteração bucal e remover possíveis focos infecciosos” (ISAUDE, 2020, online), o que “não constitui atribuição da equipe de enfermagem, que tem seu nobre papel a desempenhar, mas que não é de profissional de odontologia” (DIB apud BRASIL, 2008, p.05).

Tradicionalmente, os dentistas só são incluídos na equipe hospitalar para efetuar o “atendimento cirúrgico bucomaxilofacial ou os procedimentos com indicação de anestesia geral” (GODOI et al, 2009, p. 106), contudo a atuação do odontólogo não se limita a isso, muitos outros procedimentos como avaliação e higiene bucal compõem o leque de possibilidades dentro do vasto ambiente que é o hospital. Relegar o trabalho oral apenas a cirurgia bucomaxilofacial é contrária um importante entendimento sobre o próprio hospital e tais profissionais, isto é, “o ambiente hospitalar é um gerador de conhecimento tácito que através da sensibilidade do profissional e fundamentado nas suas percepções, contribuirá relevantemente para a inserção e interação com o meio que o cerca e, conseqüentemente, na resolução dos problemas encontrados (COSTA *et al*, 2016, p. 212).

Conforme aponta Saldanha, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) estabelece alguns objetivos principais, que são:

manter a cavidade bucal limpa; reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente; evitar a contaminação da traqueia, controlar o biofilme bucal, hidratar os tecidos intrabucal e peribucal, detectar focos infecciosos e lesões de mucosa, presença de corpo estranho, dor em região orofacial ou dificuldade na movimentação mandibular, diminuir os riscos de infecção respiratória, devido ao conteúdo presente na cavidade bucal (através de microaspirações do mesmo) e promover conforto e bem-estar ao paciente. (SALDANHA *et al*, 2015, p.60)

Portanto, uma vez consolidado que a Odontologia Hospitalar visa uma “integralidade da atenção à saúde, que consiste em uma ação global, associada ao tratamento digno, respeitoso, de qualidade, com acolhimento e vínculo, compreendendo o ser humano como um ser biopsicossocial e espiritual” (COSTA et al, 2016, p. 212) é interessante mencionar alguns perfis comumente atendidos pelos dentistas nos hospitais.

Geralmente, os pacientes que são atendidos em hospitais são aqueles que possuem condições de saúde que contraindicam ou impedem a sua intervenção em consultórios odontológicos convencionais, devido à falta de infraestrutura ou mesmo à ausência de uma equipe auxiliar treinada (ARANEGA et al, 2012, p. 90)

Contudo, não são apenas esses os possíveis pacientes, constata-se que a atenção de um dentista aos pacientes “com doenças sistêmicas congênitas (deficiência mental ou comprometimentos neuromotores com envolvimento sistêmico, diabetes, displasias sanguíneas, síndromes e outras), [bem como as] adquiridas (HIV, tuberculose, hepatite, sífilis, neoplasias e outras)” (GODOI et al, 2009, p. 107) é fundamental.

### **3.2 Diferenciação da Odontologia Clínica**

A Odontologia Clínica é a atuação mais tradicional e conhecida popularmente, o atendimento em consultórios particulares ou postos de saúde voltado para procedimentos de baixa complexidade, mais rotineiros é a principal imagem que a população possui dos odontólogos em geral, geralmente é possível atuar dessa forma com a graduação. Comumente são feitos procedimentos como limpeza, extração, aplicação de aparelhos ortodônticos.

Nitidamente a atuação e atribuições do profissional em ambiente clínico e em ambiente hospitalar divergem bastante, de acordo com Aranega *et al* tais diferenças fazem com que o trabalho em hospitais se apresente como desafio aos profissionais, “pois faz com que os dentistas saiam de sua zona de conforto, representada por procedimentos simples, em pacientes saudáveis ou ligeiramente comprometidos, em consultórios confortáveis, ergonômicos e bem planejados”(2012, p. 90).

Além da diferença de procedimentos empreendidos e da estrutura, o processo de qualificação também apresenta algumas peculiaridades para o exercício em ambiente hospitalar, a normativa em vigor exige que após concluída a graduação, o profissional deve prosseguir em curso de pós-graduação/especialização que trate especificamente da Odontologia Hospitalar. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece a atuação do cirurgião-dentista e estabelece, na Resolução CFO162/2015 algumas exigências para a habilitação:

O curso deve ser realizado com um mínimo de trezentas e cinquenta (350) horas, sendo 30% de atividades práticas e 70% de aulas teóricas; que o número máximo de estudantes por turma seja de trinta (30), com, no mínimo, um professor com o título de mestre ou doutor. Além disso, o curso deve ser estruturado com as disciplinas básicas:

- a) Rotina Hospitalar (gestão, bioética, biossegurança, prontuário, prescrição, rounds, prática clínica, segurança do paciente, urgência e emergência);
- b) Propedêutica Clínica (interpretação de exames, principais agravos, pacientes sistemicamente comprometidos, interações medicamentosas);

### 3.3 Atribuições da Odontologia Hospitalar

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial<sup>1</sup> como primeira colaboração da Odontologia para a equipe multidisciplinar dos hospitais se constitui marco inicial e elo entre a medicina tradicional e a Odontologia, abre caminho para que os dentistas conquiste mais espaço e reconhecimento nesse novo ambiente de trabalho, a fim de reforçar o caráter não exclusivo da bucomaxilofacial é importante mencionar o *Manual de Odontologia Hospitalar (2020)*<sup>2</sup>, desenvolvido pelo Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso que apresenta as seguintes áreas de atuação do dentista de acordo com a patologia do paciente:

- Coagulopatias
- Diabetes Mellitus
- Nefropatia
- Hepatologia
- Cardiologia
- Neurologia e Psiquiatria
- Pediatria Hospitalar
- Unidade de Terapia Intensiva
- Oncologia
- Cuidados Paliativos

O cirurgião-dentista coordenador do Serviço de Odontologia no Hospital Sírio-Libanês, dr. Eduardo Rodrigues Fregnani, fala sobre algumas das áreas em que trabalham no hospital e serve também para corroborar o que fora exposto: “Nossa rotina é bastante dinâmica, pois nosso atendimento, [...] passa pela UTI<sup>3</sup>, pelo Centro de Oncologia, pela Unidade de Transplante de Medula Óssea, pelo Centro Cirúrgico e pelas unidades coronarianas”(HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2016, online).

---

<sup>1</sup> Especialidade que cuida “de pacientes acidentados no trânsito ou em quedas, dos feridos com arma de fogo e dos pacientes vítimas de espancamentos, em síntese, do trauma facial” (ARANEGA *et al*, 2012, p. 91)

<sup>2</sup> Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf>

<sup>3</sup> “Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento de pacientes em estado grave.” (SILVA *et al*, 2017, p. 02)

### 3.4 Atuação do dentista nos hospitais

Assim que o paciente é hospitalizado, deve ser feita uma avaliação geral de sua condição sistêmica, o que inclui uma inspeção também da cavidade oral, a fim de identificar possíveis origens, alterações ou complicações facilitando “um diagnóstico, ao conhecimento de um problema, da sua extensão, severidade, bem como das hipóteses causais que são de grande valia para o estabelecimento de medidas de prevenção, controle e tratamento” (SALDANHA et al, 2015, p. 65), nesse sentido alguns modelos foram elaborados para guiar sua realização.

De forma genérica, Weed apresenta uma avaliação de notação problema-orientado “SOAP”, acrônimo relacionado às palavras Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano de tratamento (COSTA et al, 2016, p. 214) a qual é muito empregada em diversas áreas da saúde nos hospitais. Em síntese, “A subjetividade representa os relatos (sintomas) do paciente e sua relação (única e individual) com os mesmos” (idem), exemplo a intensidade da dor que o paciente relata, bem como a sintomatologia e xerostomia, enquanto que a objetividade constitui as observações feitas pelo profissional no momento da avaliação, tais como ulcerações, alterações de volume, consistência” (ibidem), unindo os dois elementos chega-se a uma análise completa a qual servirá como base para elaboração de diagnóstico e plano de tratamento personalizado.

São necessárias ações de caráter imediato e mediato, de acordo com plano de tratamento odontológico, incluídas nas ações imediatas estão a “educação em saúde bucal, controles mecânico e químico do biofilme bucal<sup>4</sup> associado ao alívio sintomatológico de afecções provocadas por comorbidades<sup>5</sup> e seus respectivos tratamentos” (COSTA et al, 2016, p.213), já as ações mediatas podem ou não tratar de abordagens odontológicas interceptivas, por serem de maior complexidade serão específicas em cada setor hospitalar, mas sempre devem respeitar a condição sistêmica do paciente.

---

<sup>4</sup> O biofilme “é uma massa bacteriana mole e branca que se deposita continuamente em camadas na superfície da mucosa, da gengiva e dos dentes, apresentando-se aderida, que fornece proteção aos microrganismos, sofrendo uma contínua colonização.” (DIB apud BRASIL, 2008, p.04)

<sup>5</sup> “A comorbidade, amplamente utilizada no ambiente hospitalar, foi definida por Feinstein, em 1970, como qualquer entidade adicional distinta que existiu ou pode ocorrer durante o curso clínico de um paciente com doença sob estudo” (COSTA et al, 2016, p. 213)

O tratamento adequado de paciente em estado crítico requer uma assistência odontológica integral, para isso o cirurgião-dentista deve conhecer a situação bucal ainda no período de internação. Por meio da avaliação da cavidade oral, e também do sistema estomatognático o profissional precisa identificar possíveis “cáries, próteses fixas e removíveis, doença periodontal, lesões e sangramentos.” (SALDANHA et al, 2015, p.64).

Assim, é possível aplicar o protocolo elaborado por Gaetti-Jardim, de frequência cíclica de intervalos de 12 horas, a abordagem apresenta desde atividades básicas, como manter uma angulação de 30° da cabeceira (salvo casos especiais em que isso não seja possível), ou a correta higienização das mãos, uso de luvas e protetores individuais, até procedimentos mais detalhados como:

Verificação da pressão do cuff antes da realização do procedimento.  
Utilizar uma escova dental extramacia e de cabeça pequena que pode ser infantil, molhando em solução aquosa de clorexidina 0,12%, aplicando em todas as superfícies dentárias, mucosas e língua, sempre no sentido pósterio-anterior.  
Injetar 10ml da solução de clorexidina 0,12% na cavidade bucal e aspirar o conteúdo oral supra-cuff após 30's;  
Aplicar lubrificante labial;  
Acondicionamento da escova dental, adequadamente, após sua utilização.  
(SALDANHA et al, 2015, p. 61)

Os pesquisadores Hayes e Jones também elaboraram uma proposta de abordagem, conhecida como BRUSHED para avaliação de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva, “(do inglês, B – Bleeding/ sangramento, R – Redness/eritematoso, U – Ulcerations/ulceração, S – Saliva, H – Halitosis/halitose, E – External Factors/fatores externos, D – Debris/resíduos)” (COSTA et al, 2016, p.214), devido à similaridade dos sinais verificados esse modelo não se restringe à UTI e pode ser aplicado em outros setores hospitalares, inclusive levando em consideração que um mesmo paciente pode passar por mais de uma ala dentro do hospital (frequentemente) torna-se “oportuna a uniformização da nomenclatura para uniformizar a compreensão” (idem).<sup>6</sup>

Posteriormente, seguem algumas etapas de cuidado assistencial, como “aspiração das secreções bucais e orofaríngeas, remoção de biofilme e debris, coágulos e saburra com solução de clorexidina 0,12%, que é aplicada sobre as

---

<sup>6</sup> Em geral, “são métodos eficientes, em especial na área de oncologia, que ilustram o grau de limitação do paciente em um contexto geral, sendo utilizadas como fatores prognósticos, interferindo positivamente, no desenvolvimento do plano de tratamento individualizado do paciente” (COSTA et al, 2016, p 214)

mucosas e dorso da língua.” (SALDANHA et al, 2015, p. 60). Em geral, são atribuições do Cirurgião-dentista que atua no Hospital (mesmo que não seja na UTI) procedimentos tais quais “limpezas, restaurações, curativos, cirurgias, raspagens, prescrição de medicamentos, prevenir sangramentos e tratar lesões [...], além de realizar tratamentos paliativos” (ISAUDE, 2020, online) além de ter autonomia para solicitar e interpretar exames a partir dos quais pode prescrever medicação. Por fim, o dentista pode também “realizar o acompanhamento e a evolução diários de seus pacientes, assim como dar alta ao paciente em consonância com a equipe multidisciplinar responsável” (JORGE, 2017, p.02).

#### **4. Benefícios da Odontologia Hospitalar**

##### **4.1 Saúde integral do paciente**

A boca possui características anatômicas e fisiológicas que propiciam uma diversidade de microrganismos, devido aos diversos tipos de tecidos e estruturas “que variam quanto à tensão de oxigênio, disponibilidade de nutrientes, temperatura e exposição aos fatores imunológicos do hospedeiro” (SALDANHA et al, 2015, p. 59) a microbiota da cavidade bucal é composta por mais de 300 tipos de bactérias que se mantêm em harmonia e equilíbrio, propiciando integridade fisiológica e imunológica em condições normais.

Contudo, em pacientes hospitalizados ocorrem alterações em sua saúde tanto sistêmica quanto bucal, uma primeira doença pode desencadear manifestações orais, ou então procedimentos e medicamentos utilizados no tratamento podem trazer complicações para a saúde bucal. Dentre elas, é muito frequente na literatura especializada a menção do acúmulo de biofilme decorrente da negligência com a higiene bucal dos pacientes, seja por inaptidão dos profissionais de outras áreas seja pelo desconhecimento de sua relevância. “A falta de um especialista em odontologia nas UTIs dificulta ou impossibilita a indicação do tratamento adequado. Muitos profissionais desconhecem as bactérias bucais causadoras das principais infecções.” (TAVARES, 2016, online).

Caso o biofilme dentário não seja controlado em ambiente hospitalar, o paciente pode ter sua saúde comprometida por acarretar diversas doenças infecciosas, fator crucial para o desenvolvimento de tais doenças é a má higiene bucal

em pacientes críticos, entre elas pode-se citar: “periodontites<sup>7</sup>, gengivites, otites, rinofaringite crônicas, xerostomia” (SALDANHA et al, 2015, p.59) de modo a potencializar focos infecciosos.

Comumente, pacientes saudáveis não apresentam em sua flora bucal patógenos respiratórios, contudo os originários do meio ambiente hospitalar são facilmente encontrados em pacientes hospitalizados, como aponta Oliveira et al, sendo possível encontrá-los nas “superfícies dos dentes, próteses, mucosa bucal e respectivo biofilme” (SALDANHA et al, 2015, p. 60), isso porque a hipossalivação e a diminuição do pH da saliva, “devido a medicação e procedimentos que envolvem fluidos, como aspiração naso gástrica, uso de nebulizadores, alimentação e manipulação pela equipe intensivista” (idem), facilitam a colonização bucal.

Pacientes diabéticos, oncológicos, cardiopatas e internados nas UTIs compõem um grupo de risco ainda maior, uma vez que têm longos períodos de baixa imunidade, momentos propícios para infecções oportunistas causadas por bactérias, fungos e vírus que têm consequências sistêmicas, nesse sentido tais quadros exigem uma atenção ainda maior para a saúde bucal. Camila de Freitas aponta que:

Eles ficam imunodeprimidos em função do constante uso de medicamentos e do tempo de internação, podendo desenvolver doenças sérias, como uma pneumonia bacteriana ou fúngica e até a endocardite, uma infecção do coração, que pode ser originada de uma infecção na boca. [...] Depois de 48 horas de internação, já existe o risco de evolução para pneumonia. Mas o quadro também pode evoluir para outras complicações, que resultem num acidente vascular cerebral (AVC), abscessos cerebrais e sepse de foco bucal, que podem levar o paciente a óbito.(ABO GOIÁS, 2019, online)

É sabido que o biofilme e a doença periodontal associada são complexos, é importante ressaltar também que existe o risco de agravamento com o tempo de internação podendo levar até a pneumonia nosocomial, causada por bastonetes Gram-negativos<sup>8</sup> que “podem chegar ao trato respiratório através da microaspiração da secreção colonizada por elas [...]. A proliferação destes agentes patógenos ocorre pela falta de uma higiene bucal adequada ao paciente crítico” (DIB apud BRASIL, 2008, p.04) ,

---

<sup>7</sup> “Tal condição, faz com que esses indivíduos apresentem ‘bolsas’, isto é, nichos na gengiva, onde se acumulam restos alimentares e bactérias, que ali encontram o meio ideal para a sua proliferação” (DIB apud BRASIL, 2008, p.05)

<sup>8</sup> Também denominada pneumonia hospitalar, é aquela adquirida em decorrência da hospitalização do paciente.

Além disso “ela requer atenção especial, pois é a segunda causa de infecção hospitalar e causadora de taxas significativas de morbidade e mortalidade [...]. Atinge de 10% a 15% das infecções hospitalares, sendo que de 20% a 50% [...] vão a óbito.” (SILVA et al, 2017, p. 03). A pneumonia bacteriana e a doença pulmonar obstrutiva crônica” aumentam o tempo de internação dos pacientes em “6,8 até 30 dias” (SALDANHA et al, 2015, p.59) sendo que cerca de 33% dos pacientes que a desenvolvem evoluem para óbito, segundo estatísticas da Anvisa.

Tais patologias mencionadas são apenas uma parcela das múltiplas possibilidades de agravamento do quadro clínico do paciente decorrente da ausência ou negligência com a devida higiene bucal, o que prolonga sua internação, requer ainda mais medicamentos e cuidados, gerando uma alteração na “evolução e resposta ao tratamento médico, assim como a saúde bucal fica comprometida pelo estresse e pelas interações medicamentosas” (GODOI et al, 2009, p. 107).

#### **4.2 Redução de custos**

Diante de tantas enfermidades possíveis que podem agravar a situação de um indivíduo que já se encontra em estado crítico torna-se nítida a “necessidade permanente de acompanhamento do paciente pelo cirurgião-dentista” (GODOI et al, 2009, p. 107) bem como a relevância da presença desse profissional na composição da equipe multidisciplinar dos hospitais. Assim como os demais profissionais, o cirurgião-dentista é ali requerido por seu objetivo de prevenir infecções, promover a saúde de todo o organismo do paciente, bem como evitar a interrupção do tratamento médico decorrente de complicações bucais.

Dentre os benefícios da Odontologia Hospitalar pode-se citar:

- Minimizar o risco de infecções
- Melhorar a qualidade de vida.
- Reduzir o tempo de internação.
- Diminuir o uso de medicamentos ou mesmo da nutrição parenteral.

(HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2016, online)

Além de garantir maior segurança à realização dos procedimentos e facilitar a rotina de cuidados com o paciente. Diversos trabalhos evidenciam que a presença do dentista minimiza diagnósticos tardios, o que se reflete nas estatísticas, “a redução dos casos de pneumonia associada à ventilação mecânica pode chegar a 46%” (TAVARES, 2016, online).

Isso é observável no Hospital Regional de Ceilândia, em que no ano de 2016 alcançaram o recorde de 13 meses com zero casos de pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI, bem como a pesquisa empreendida pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP – USP) que evidenciou que a Odontologia Hospitalar pode “reduzir em até 56% as chances de desenvolvimento de infecções respiratórias” (TAVARES, 2016, online).

Tudo isso graças à presença constante de cirurgiões-dentistas, o que traz um “giro maior dos leitos porque os pacientes ficarão menos tempo internado e usando antibióticos, o que reduz os custos para todo o sistema” (ABO GOIÁS, 2019, online). Todo o panorama científico e estatístico da atuação dos cirurgiões-dentistas em ambiente hospitalar deixa nítido que sua atuação é basilar para a promoção da saúde do paciente, que a higiene bucal deve ser tratada como procedimento obrigatório, tendo em vista que o número de agravamentos e complicações é significativamente reduzido, evitando óbitos, aumentando a disponibilidade de leitos bem como reduzindo custos<sup>910</sup> com tempo de internação e medicamentos.

### **Considerações Finais**

Historicamente, médicos e dentistas sempre foram vistos como profissionais que tratavam de áreas diferentes, que trabalhavam de forma totalmente independente, logo não haveria um porquê de que ambos estivessem atuando conjuntamente no mesmo ambiente, que a princípio seria “reino” do médico como o hospital. Essa concepção, a qual possui raízes históricas que remontam aos princípios da profissão ainda com tiradentes e barbeiros persiste até os dias atuais, contudo o século XXI em muito difere dos séculos anteriores, atualmente já é de conhecimento da comunidade científica a relação de interdependência entre saúde bucal e saúde sistêmica.

Consequência dessa origem distintiva de ambas as profissões, além do não reconhecimento e não acolhimento do dentista no hospital, é a ausência – ora parcial, ora completa – da Odontologia Hospitalar como subárea do saber nos cursos de graduação de Odontologia no Brasil. Wayama *et al*, em 2014, publicaram um estudo

---

<sup>9</sup> “O controle do biofilme consiste em procedimento simples e barato, essencial nos protocolos de Saúde Pública, uma vez que o controle de patógenos bucais traz grandes benefícios à saúde do paciente.” (SALDANHA et al, 2015, p. 65).

<sup>10</sup> “O Conselho Federal de Odontologia ressalta que a assistência odontológica em ambiente hospitalar permite baixo investimento se comparado com o retorno em saúde” (TICIANEL, 2020, p.06)

que avalia o grau de conhecimento em OH<sup>11</sup> dos profissionais já formados, os dados apontam que “há grande falha na formação do aluno de graduação no que tange o conteúdo de Odontologia Hospitalar” (p.50), de todos os entrevistados mais de dois terços (64%) ou não tiveram tal conteúdo ou foi de forma ínfima. “Quanto ao interesse em fazer parte de uma estrutura hospitalar, [...] 46% dos entrevistados não têm interesse ou não acham necessário atender em hospital e 24% acreditam que esse ambiente é somente para especialista.” (WAYAMA et al, 2014, p. 50).

É notório que a Odontologia Hospitalar é pouco abordada no currículo da graduação, sua abordagem é insuficiente, e em alguns casos fica restrita ao curso de especialização. Torna-se necessário o debate por parte de “entidades como Conselho Regional de Odontologia, Secretarias de Saúde Bucal dos governos Estadual e Municipal” (ARANEGA et al, 2012, p. 92) acerca da inserção da disciplina de Odontologia Hospitalar na grade curricular das faculdades de Odontologia, uma vez que “como futuro profissional da área da saúde, o aluno de graduação, durante sua formação acadêmica deve ser incentivado e preparado para o manejo do paciente em âmbito hospitalar” (WAYAMA et al, 2014, p.48), além de possibilitar um aumento da presença do dentista nos hospitais “mostrando [...]a importância de melhorar o atendimento dos pacientes tendo uma visão mais ampla” (ARANEGA et al, 2012, p. 92).

No cenário atual, com a manutenção do veto ao projeto de lei que tornaria obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas em hospitais as dificuldades vão além do domínio profissional e a situação não é tão simples. Existe nos hospitais, historicamente, um “predomínio de uma das profissões, a medicina, nas posições de liderança da equipe em ambiente hospitalar.” (GODOI et al, 2009, p.106) Funções de coordenação e liderança formais são monopolizadas o que dificulta o acesso dos profissionais a esse ambiente e até mesmo “gera um ressentimento dos demais participantes e uma atuação defensiva das profissões preteridas” (idem). Nesse sentido, a busca por uma ruptura com esse quadro secular de segregação do cirurgião-dentista frente aos hospitais precisa de mais de uma frente de atuação, além da inserção do conteúdo nos cursos de graduação ora expostos, deve-se mobilizar para retomada da apreciação do projeto de lei e sua consequente aprovação, o que

---

<sup>11</sup>OH leia-se Odontologia Hospitalar

poderá esclarecer aos demais profissionais da saúde que o hospital também é local de trabalho dos dentistas.

É observável uma curva ascendente da OH no Brasil, contudo ainda há muito o que se fazer, “palestras, cursos para divulgação dessa nova área de atuação, e principalmente para inserção do CD<sup>12</sup> dentro das equipes multiprofissionais no ambiente hospitalar”, isso será alcançado paulatinamente conforme for demonstrada a capacitação do odontólogo e sua importância para a equipe médica, em síntese para que a Odontologia Hospitalar seja reconhecida e valorizada como deve é preciso seguir o conselho do Dr Paulo Martins e “fazer prevenção sempre em todos os níveis, documentar o que puder e se possível publicar, se organizar em associações, lutar para reconhecimento na sociedade e mobilizar a classe.” (ORAL, 2012, online).

## Referências Bibliográficas

ABO GOIÁS. **Odontologia no leito hospitalar**. Associação Brasileira de Odontologia. Revista Odonto nº 40. 26/06/2019. Disponível em: <<https://www.abogoias.org.br/noticias/odontologia-no-leito-hospitalar/>> Acesso em 17/09/2020 às 07:53

AGÊNCIA SENADO. **Governo rejeita obrigatoriedade de assistência odontológica para pacientes internados**. Senado notícias. 05/06/2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/06/05/governo-rejeita-obrigatoriedade-de-assistencia-odontologica-para-pacientes-internados>> Acesso em 17/09/2020 às 10:52

ARANEGA, Alessandra Marcondes et al. **Qual a importância da Odontologia Hospitalar?** Revista Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 90-3, jan./jun. 2012

BRASIL. **Atividade Legislativa – Projeto de lei nº 34, de 2013**. Senado Federal. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/112975>> Acesso em 17/09/2020 às 09:15

BRASIL. **Projeto de lei N.º 2.776-B, DE 2008** (Do Sr. Neilton Mulim). Câmara dos deputados. Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM – P\_3630.

Disponível

em:<[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+2776/2008](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+2776/2008)> Acesso em 16/09/2020 às 18:05

---

<sup>12</sup>CD leia-se Cirurgião Dentista

BRASIL. **Veto nº16/2019**. Prestação de assistência odontológica obrigatória. Congresso Nacional. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/detalhe/12346>> Acesso em: 17/09/2020 08:52

CAUDURO, Haroldo. **História da Odontologia** in Minha Ciranda pela Odontologia. Site da Revista Gaúcha de Odontologia. 11 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://rgo.com.br/historia-da-odontologia/>> Acesso em 16/09/2020 às 16:08.

CEMOI, Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva. **Cirurgião-dentista na UTI e Home Care**. 30/08/2017. Disponível em: <<https://www.cemoi.com.br/cirurgiao-dentista-na-uti/>> Acesso em 17/09/2020 às 09:58

CEMOI, Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva. **Projeto de Lei da Câmara nº 34/2013 pronto para votação**. 22/03/2019. Disponível em: <<https://www.cemoi.com.br/projeto-de-lei-da-camara-n-34-2013/>> Acesso em 17/09/2020 às 10:36

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO – 160**. 02/10/2015. Disponível em: <<http://www.croba.org.br/fotos/consultas/1/mg/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFO-160,%20161%20E%20162-2015..pdf>> Acesso em 17/09/2020 às 08:27

COSTA, José Ricardo Sousa et al. **A Odontologia Hospitalar em conceitos**. Revista da Academia Brasileira de Odontologia. Vol.25, Nº2, p. 211-218, 2016 ISSN 2316-7262

GODOI, Ana Paula Terossi de et al. **Odontologia Hospitalar no Brasil. Uma visão geral**. Revista de Odontologia da UNESP. 2009; 38(2): 105-109 ISSN 1807-2577

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Conheça o trabalho da odontologia hospitalar**. 12/07/2016. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/odontologia-hospitalar-sirio-libanes.aspx>> Acesso em 17/09/2020 às 11:17

INDUSBELLO. **O papel do cirurgião-dentista dentro dos hospitais**. Disponível em: <<http://www.ib-indusbello.com.br/pt/post/71/o-papel-do-cirurgiao-dentista-dentro-dos-hospitais---por-dr.-keller-de-martini>> Acesso em 17/09/2020 às 11:35

JORGE, Waldyr Antônio e equipe. **Odontologia Hospitalar: passado, presente e futuro**. FUNDECTO FFO Fundação Faculdade de Odontologia vinculado à Fousp (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo). 26/01/2017. Disponível em: <<https://www.fundecto.com.br/pdf/odontohospitalar.pdf>> Acesso em 16/09/2020 às 19:10

MEDICINA ORAL. **A história da Odontologia Hospitalar no Brasil – Dr. Paulo Martins**. 22/06/2012. Disponível em: <<http://www.medicinaoral.org/2012/06/22/a-historia-da-odontologia-hospitalar-no-brasil-dr-paulo-martins-mg/>> Acesso em 17/09/2020 às 11:00

MEDRADO, Alena Ribeiro Alves Peixoto Medrado et al. **Lugar de dentista também é no hospital.** Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública. 13/01/2020. Disponível em: <https://www.isaude.com.br/noticias/detalhe/noticia/lugar-de-dentista-tambem-e-no-hospital/>> Acesso em 17/09/2020 às 11:58

PANTANO, Mariana. **Senado torna obrigatória presença de Cirurgiões-Dentistas no ambiente hospitalar.** APCD Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/index.php/noticias/1416/26-04-2019/senado-torna-obrigatoria-presenca-de-cirurgioes-dentistas-no-ambiente-hospitalar>> Acesso em 16/09/2020 às 18:42

RABELO, Gustavo Davi et al. **Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva.** Arquivos médicos dos Hospitais e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2010, 55(2) : 67-70.

ROSENTHAL, Elias. **História da Odontologia no Brasil.** Soergs - Sindicato dos Odontologistas no Estado do Rio Grande do Sul. CD - Jornal APCD - outubro de 1995. Disponível em: [http://www.soergs.com.br/index.php?cd=217&descricao=historia\\_da\\_odontologia\\_no\\_brasil](http://www.soergs.com.br/index.php?cd=217&descricao=historia_da_odontologia_no_brasil)> Acesso em 16/09/2020 às 17:24.

SALDANHA, Karla Dias Ferreira et al. **A Odontologia Hospitalar: revisão.** Arch Health Invest (2015) 4(1): 58-68 ISSN 2317-3009

SILVA, Isabelle Oliveira et al. **A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar.** Revista Médica de Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais 2017; 27:e-1888 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170083>

SIMÕES, Tânia Christina et al. **Panorama situacional dos cursos de Habilitação em Odontologia Hospitalar: revisão integrativa.** Revista da ABENO • 19(4):70-77, 2019 – DOI: 10.30979/rev.abeno.v19i4.866

TAVARES, Basileu. **Comissão aprova projeto para atendimento odontológico em hospitais.** CEMOI – Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva. 05/07/2018. Disponível em: <https://www.cemoi.com.br/atendimento-odontologico-em-hospitais/>> Acesso em 17/09/2020 às 10:04.

TAVARES, Basileu. **Odontologia Hospitalar agora é lei no DF.** CEMOI – Centro Multidisciplinar de Odontologia Intensiva. 19/12/2016. Disponível em: <https://www.cemoi.com.br/odontologia-hospitalar-agora-e-lei-no-df/>> Acesso em 17/09/2020 às 09:37

TICIANEL, Ana Karina et al. **Manual de Odontologia Hospitalar.** Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso. 2020.

WAYAMA, Marcelo Tadahiro et al. **Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar.** Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 48-52, jan./jun. 2014