

PERCEPÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE SUA ATUAÇÃO NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

DENTAL SURGEONS' PERCEPTIONS OF THEIR PRACTICE IN HOSPITAL DENTISTRY

PERCEPCIÓN DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS SOBRE SU ACTUACIÓN EN LA ODONTOLOGÍA HOSPITALARIA

Lorena Xavier¹

Lurdes Vitória Basílio Maia²

Glória Maria Soares³

Samara Marques de Moura⁴

RESUMO: Objetivo: compreender a percepção de cirurgiões-dentistas sobre sua atuação na Odontologia Hospitalar. Métodos: estudo descritivo, exploratório e qualitativo, com seleção intencional de sete profissionais de hospitais públicos e privados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas, presenciais ou virtuais, e examinados por análise de conteúdo. Resultados: foram identificadas seis categorias: trajetórias e escolha da área; rotina clínica e singularidade do cuidado; integração multiprofissional e construção da legitimidade; formação especializada e aprendizagem contínua; limites estruturais e desafios de consolidação; e impacto emocional, vínculo e humanização. Os participantes descreveram uma prática que articula cuidados bucais, compreensão do quadro sistêmico e decisões compartilhadas. Relataram reconhecimento institucional desigual, lacunas na graduação, necessidade de atualização, insuficiência de materiais e infraestrutura, oferta limitada de vagas e exigências emocionais. Conclusão: o cirurgião-dentista foi reconhecido pelos participantes como integrante relevante para o cuidado integral e humanizado. A consolidação da atuação hospitalar requer formação específica, condições adequadas de trabalho, valorização profissional e participação efetiva nos fluxos e decisões institucionais.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar. Saúde bucal. Equipe multiprofissional.

¹ Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário Sul-Americano (UNIFASAM), Goiânia, Goiás, Brasil.

² Graduanda do curso de Odontologia do Centro Universitário Sul-Americano (UNIFASAM), Goiânia, Goiás, Brasil.

³ Cirurgião-dentista pelo Centro Universitário Sul-Americano (UNIFASAM), Goiânia, Goiás, Brasil.

⁴ Doutora em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal de Goiás. Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Sul-Americano (UNIFASAM), Goiânia, Goiás, Brasil.

ABSTRACT: Objective: to understand dental surgeons' perceptions of their practice in hospital dentistry. Methods: a descriptive, exploratory qualitative study involving an intentional sample of seven professionals from public and private hospitals in Brazil's Central-West, South and Southeast regions. Data were generated through in-person or virtual semi-structured interviews and examined using content analysis. Results: six categories were identified: career paths and choice of the field; clinical routines and distinctive features of care; multiprofessional integration and the construction of legitimacy; specialized training and continuous learning; structural limitations and consolidation challenges; and emotional impact, bonding and humanization. Participants described a practice combining oral care, understanding of systemic conditions and shared decision-making. They reported uneven institutional recognition, gaps in undergraduate education, a need for ongoing learning, insufficient materials and infrastructure, limited job opportunities and emotional demands. Conclusion: participants recognized dental surgeons as relevant members of comprehensive and humanized care. Consolidating hospital practice requires specific training, adequate working conditions, professional recognition and effective participation in institutional care pathways and decisions.

Keywords: Hospital dentistry. Oral health. Multiprofessional team.

RESUMEN: Objetivo: comprender la percepción de los cirujanos dentistas sobre su actuación en la Odontología Hospitalaria. Métodos: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, con selección intencional de siete profesionales de hospitales públicos y privados de las regiones Centro-Oeste, Sur y Sudeste de Brasil. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, presenciales o virtuales, y se examinaron mediante análisis de contenido. Resultados: se identificaron seis categorías: trayectorias y elección del área; rutina clínica y singularidad del cuidado; integración multiprofesional y construcción de legitimidad; formación especializada y aprendizaje continuo; límites estructurales y desafíos de consolidación; e impacto emocional, vínculo y humanización. Los participantes describieron una práctica que articula cuidados bucales, comprensión del estado sistémico y decisiones compartidas. Relataron reconocimiento institucional desigual, lagunas en la formación de grado, necesidad de actualización, insuficiencia de materiales e infraestructura, escasas oportunidades laborales y exigencias emocionales. Conclusión: los participantes reconocieron al cirujano dentista como integrante relevante del cuidado integral y humanizado. Consolidar la actuación hospitalaria requiere formación específica, condiciones laborales adecuadas, valoración profesional y participación efectiva en los circuitos y decisiones institucionales.

Palabras clave: Odontología Hospitalaria. Salud bucal. Equipo multiprofesional.

INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar compreende a assistência a pacientes que necessitam de cuidados bucais em ambiente hospitalar, por meio de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas articuladas às condições sistêmicas e ao planejamento da equipe de saúde. Sua prática exige compreender a rotina institucional e os riscos associados ao atendimento de pacientes clinicamente complexos, ampliando o cuidado para além dos procedimentos realizados em consultório (EDUARDO FP, et al., 2019; GODOI APT, et al., 2009).

A relação entre alterações bucais e condições sistêmicas sustenta a importância da avaliação odontológica durante a internação. O manejo do biofilme, das infecções e das lesões bucais integra o cuidado de pacientes críticos e demanda comunicação com os profissionais responsáveis pela assistência. Nesse contexto, a saúde bucal passa a compor a avaliação global do paciente e a organização de condutas compatíveis com sua condição clínica (PINHEIRO TS e ALMEIDA TF, 2014; CHAVES AS, et al., 2023).

O desenvolvimento desse campo envolve desafios formativos, organizacionais e relacionais. A familiaridade com protocolos hospitalares, a disponibilidade de infraestrutura e a participação nas discussões multiprofissionais interferem nas possibilidades de atuação. A presença do cirurgião-dentista, por si só, não assegura integração: é necessário reconhecer suas competências e incorporá-las aos processos de cuidado (MATTEVI GS, et al., 2011; SOUZA AS, et al., 2025).

Compreender as experiências dos profissionais que atuam nesse ambiente pode revelar necessidades de formação, barreiras institucionais e possibilidades de qualificação da assistência. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de cirurgiões-dentistas sobre sua atuação na Odontologia Hospitalar, considerando as experiências práticas, a integração multiprofissional, a capacitação e os fatores que facilitam ou dificultam o exercício profissional.

MÉTODOS

Delineamento e participantes

Estudo descritivo, exploratório e qualitativo, realizado por meio de entrevistas com cirurgiões-dentistas com experiência em Odontologia Hospitalar. A seleção foi intencional, a

partir da atuação profissional identificada em redes sociais profissionais, divulgação de conteúdo técnico-científico e participação em atividades relacionadas à área. Os potenciais participantes foram contatados por telefone, receberam informações sobre a pesquisa e foram convidados a participar.

Foram incluídos profissionais com atuação comprovada em Odontologia Hospitalar, experiência mínima de um ano em ambiente hospitalar, exercício atual ou recente na área e concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles sem experiência prática compatível com esses critérios, afastados da prática hospitalar por mais de dois anos, que não assinaram o TCLE ou que desistiram da pesquisa.

Foram realizadas oito entrevistas, duas presenciais e seis virtuais. Após a desistência de um participante, sua entrevista foi excluída. O corpus final reuniu sete entrevistas, duas presenciais e cinco virtuais, com profissionais das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, vinculados a hospitais públicos, privados ou de ambas as naturezas.

Produção e análise dos dados

Utilizou-se roteiro semiestruturado sobre trajetória profissional, rotina e procedimentos hospitalares, desafios práticos, administrativos e interpessoais, colaboração com outras profissões, capacitação, lacunas formativas e recomendações para aprimorar a atuação. O roteiro foi pré-testado com cinco profissionais de outras especialidades odontológicas, cujas entrevistas não integraram o estudo. Após essa etapa, foram realizados ajustes de linguagem, sem alteração do conteúdo.

As entrevistas ocorreram em horários previamente agendados, conforme a disponibilidade dos participantes, em condições de privacidade. Foram conduzidas pelas pesquisadoras e pela orientadora, em encontros individuais. Um diário de campo reuniu observações sobre os agendamentos e as percepções durante os encontros. O TCLE foi assinado antes das entrevistas, e os participantes foram esclarecidos sobre o sigilo, os riscos e benefícios e a possibilidade de desistência sem prejuízo.

As gravações foram transcritas pelas entrevistadoras e examinadas por análise de conteúdo. Procedeu-se à leitura inicial e à organização do material, seguidas de exploração das transcrições para identificar unidades de sentido, recorrências, convergências e divergências.

Os achados foram interpretados e agrupados em categorias pertinentes aos objetivos do estudo, conforme a abordagem discutida por Valle PRD e Ferreira JL (2025).

Os participantes foram identificados pelos códigos E1 a E7. Na apresentação dos trechos, foram retiradas hesitações, repetições e marcas de oralidade que não alteravam o conteúdo. As transcrições e gravações permanecerão sob guarda da equipe por cinco anos e, posteriormente, serão excluídas.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (CEP/HGG), sob o parecer nº 8.584.854, de 14 de julho de 2026, CAAE 97988026.8.0000.0035. A participação foi voluntária, mediante TCLE, com garantia de confidencialidade e respeito à desistência.

RESULTADOS

A análise das sete entrevistas originou seis categorias temáticas, relacionadas às trajetórias profissionais, à amplitude clínica do trabalho, à colaboração interprofissional, às exigências formativas, aos limites institucionais e à dimensão emocional do cuidado.

5

Caracterização dos participantes

Participaram seis mulheres e um homem, com idades entre 24 e 47 anos. Todos apresentavam formação em Odontologia Hospitalar; E1 também possuía formação em Implantodontia. O tempo de atuação na área variou de 1,5 a 10 anos, e o tempo no mesmo hospital, de 1,5 a 7 anos. Quatro participantes eram da região Centro-Oeste, dois do Sudeste e um do Sul. Todos conciliavam as atividades hospitalares com atendimento em consultórios particulares. (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização dos participantes

Código	Sexo e idade	Área anos	Hospital anos	Instituição	Região	Entrevista
E1	M, 39	9	5	Público/Privado	Centro- Oeste	Virtual

Código	Sexo e idade	Área anos	Hospital anos	Instituição	Região	Entrevista
E2	F, 32	2	2	Privado	Sudeste	Virtual
E3	F, 27	2	2	Público	Centro- Oeste	Virtual
E4	F, 31	10	7	Público/Privado	Centro- Oeste	Presencial
E5	F, 26	5	4	Público	Centro- Oeste	Presencial
E6	F, 47	1,5	1,5	Privado	Sul	Virtual
E7	F, 24	3	3	Público	Sudeste	Virtual

Nota: área = tempo de atuação em Odontologia Hospitalar; hospital = tempo de atuação no mesmo hospital.

Fonte: XAVIER L, et al., 2026; dados da pesquisa.

Trajetórias e escolha da Odontologia Hospitalar

O ingresso na Odontologia Hospitalar não ocorreu de maneira uniforme. As narrativas revelaram trajetórias construídas por experiências pessoais, vivências anteriores em serviços de saúde, contato com docentes e aproximação com pacientes oncológicos ou críticos. Em alguns relatos, a escolha profissional foi antecedida por perdas familiares, que despertaram o interesse por compreender as complicações sistêmicas relacionadas à saúde bucal.

Meu avô teve COVID e [...] pneumonia associada à ventilação. Eu tive o interesse por estudar e saber o que a Odontologia podia fazer para colaborar. (E3)

A pandemia de COVID-19 apareceu como acontecimento que ampliou a visibilidade da atuação odontológica em unidades de terapia intensiva. Para participantes formados ou ainda em formação naquele período, as demandas relacionadas à ventilação mecânica, às lesões orais e à prevenção de infecções mostraram uma possibilidade de exercício profissional até então pouco conhecida.

Veio a pandemia e foi um boom do dentista dentro do hospital, porque havia pacientes pronados e lesões em cavidade oral. Aí eu falei: 'Eu vou fazer isso'. (E2)

As falas dos participantes destacaram o papel da graduação quando esta ofereceu contato sistemático com a área para a escolha da especialidade. A presença de disciplina obrigatória e de professores com experiência hospitalar favoreceu uma escolha mais precoce e consciente, em contraste com as trajetórias marcadas pela busca autônoma de informações.

Na minha faculdade, a gente tinha essa matéria obrigatória. Foi lá que eu conheci esse universo e isso despertou a vontade de conhecer mais a área. (E4)

Rotina clínica e singularidade do cuidado odontológico hospitalar

Quando questionados sobre a rotina clínica, os profissionais explicaram que a prática ultrapassa a realização de procedimentos odontológicos isolados. Os participantes descreveram acompanhamento desde a admissão até a alta, avaliações diárias em unidades de terapia intensiva (UTI), atendimento por parecer nas enfermarias e intervenções à beira-leito, em ambulatório ou centro cirúrgico. O trabalho inclui higiene oral, controle de biofilme, prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, manejo de secreções e lesões, laserterapia, raspagens, restaurações, biópsias, frenotomias, drenagens e exodontias.

A gente acompanha o paciente desde a admissão no hospital até a alta hospitalar. [...] O foco principal é entender que a infecção que o paciente tem na boca não pode interferir no tratamento de base. Levamos qualidade de vida. (E5)

As condutas foram moduladas pelo estado sistêmico, pelo risco do procedimento e pelos objetivos terapêuticos definidos para cada paciente. Assim, o raciocínio clínico exigiu considerar exames, medicações, ventilação, capacidade de deglutição, risco de broncoaspiração, imunossupressão e prognóstico, além da condição bucal. Esse deslocamento do dente isolado para o paciente em sua complexidade foi apontado como uma diferença central em relação ao consultório.

No consultório, o paciente é seu e você conduz. Dentro do hospital, o paciente é da equipe. Você precisa olhar o paciente antes de olhar o dente que está quebrado. (E2)
Não tem como chegar a um CTI sem saber o que está acontecendo. Odontologia a gente já sabe; a gente precisa saber o que está acontecendo ali. (E7)

Integração multiprofissional e construção da legitimidade

A integração com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas foi considerada indispensável, porém variável entre instituições. Nos serviços em que a Odontologia já estava sedimentada, os entrevistados relataram participação em visitas multiprofissionais, discussão de casos, definição conjunta do melhor momento para intervir e reconhecimento da contribuição odontológica para a recuperação do paciente.

Todos os dias acontece a roda multiprofissional, e cada um fala do seu processo de trabalho com aquele paciente. [...] A gente consegue ter um diálogo muito efetivo e ser ouvida. (E5)

Sempre que precisamos conversar com o médico, eles param e escutam. A gente vê qual é o melhor momento para intervir, e eles entendem a necessidade e a importância. (E7)

Entretanto, a inserção do cirurgião-dentista não foi descrita como automaticamente legitimada. Parte dos participantes relatou estranhamento inicial, resistência de médicos e receio de sobreposição com a Cirurgia Bucomaxilofacial. O reconhecimento foi interpretado como uma construção gradual, dependente de competência técnica, comunicação, persistência e demonstração de resultados.

Quando eu entrei, eles ficavam assim: ‘O que ele está fazendo aqui?’. [...] É uma relação que foi construída com o tempo, mostrando que aquilo que você está fazendo está correto. (E1)

No começo, foi difícil. Médico não te ouvia, não te respeitava. [...] Agora, os médicos já mandam os pacientes com carta para mim. Ganha-se o respeito. (E6)

Os depoimentos também indicaram que integração não significa subordinação da decisão odontológica ao médico. A autonomia foi apresentada como capacidade de formular a indicação própria e, ao mesmo tempo, negociar sua execução segundo o quadro sistêmico e os limites de competência de cada profissão.

Eu não pergunto ao médico se posso fazer o procedimento; eu discuto o caso e coloco a minha posição. [...] Cada um respeitando as suas limitações, porque o paciente é de todos. (E2)

Formação especializada e aprendizagem contínua

Houve ampla concordância quanto à necessidade de formação específica para a atuação hospitalar. A graduação foi percebida, em geral, como insuficiente para preparar o profissional para a dinâmica da UTI, o trabalho multiprofissional e o cuidado de pacientes sistemicamente comprometidos. Entre as lacunas mencionadas estavam a interpretação de exames laboratoriais, farmacologia, cuidados intensivos, cirurgia, estomatologia, manejo de dispositivos hospitalares e experiência prática supervisionada.

Eu tive uma formação muito boa, mas a gente vê pouco sobre a parte sistêmica do paciente. Sobre exames laboratoriais, acho que eu tive uma aula. (E2)

Se tivesse alguma disciplina eletiva ou alguma coisa de Odontologia Hospitalar, seria bem mais fácil e seria o ideal. (E7)

A especialização ou a residência foi apontada como caminho para conhecer protocolos, biossegurança, monitorização, perfis de pacientes e tomada de decisão em ambiente de maior risco. Contudo, os entrevistados ressaltaram que a certificação inicial não esgota a

aprendizagem. A diversidade de doenças e tratamentos exige atualização permanente e aproximação com conhecimentos de outras áreas da saúde.

É impossível aprender tudo só em uma residência ou especialização. [...] O que a gente precisa aprender é medicina: entender como o corpo funciona e o que aquela doença pode acometer na boca. (E7)

Por mais que você tenha teoria, você precisa da prática clínica para entender esse universo e ver se é isso que você quer para a sua vida. (E4)

Além do domínio técnico, foram valorizadas competências relacionais e gerenciais: comunicação interprofissional, humanização, reconhecimento dos próprios limites, elaboração de projetos, organização de fluxos e uso de indicadores. Desse modo, a formação esperada combina excelência clínica, compreensão médico-hospitalar e capacidade de inserir e sustentar o serviço dentro da instituição.

Limites estruturais e desafios para a consolidação da área

As condições materiais limitaram a integralidade do cuidado, sobretudo nos serviços públicos. Foram relatadas faltas de instrumentos, clorexidina, gaze, capotes e equipamentos como o laser. Em algumas situações, a ausência de recursos restringiu as opções terapêuticas e favoreceu condutas mais radicais, mesmo quando o elemento dentário poderia ser preservado em outro contexto assistencial.

Tem hora que a gente precisa condenar um dente que poderia receber tratamento de canal. [...] Às vezes, extrai-se um dente que poderia ser salvo, mas é o que dá para fazer naquele momento. (E1)

Às vezes falta clorexidina [...], já faltaram capotes e até gaze. Como fazer um atendimento sem materiais? A falta de material interfere no atendimento. (E7)

A inexistência de ambulatório odontológico em determinados hospitais, sobretudo, os públicos, também fragmentou o percurso assistencial. Procedimentos não executáveis à beira-leito dependiam de encaminhamento externo, frequentemente inviável para pacientes críticos. Em contraste, serviços estruturados, com acesso à gestão e fluxos consolidados, foram considerados facilitadores do cuidado.

A gente não tem um serviço ambulatorial, não tem consultório com cadeira odontológica. [...]

Como são pacientes críticos, dificilmente conseguem sair da UTI para outro local. (E5)

Outros obstáculos estiveram relacionados à baixa oferta de vagas, remuneração pouco atrativa, acesso desigual a cursos de qualidade e desconhecimento social e profissional sobre o

campo. Para consolidar a área, os relatos defenderam maior divulgação, produção de indicadores, demonstração de impacto clínico e econômico e participação em espaços de gestão.

Quando a gente vai defender a Odontologia Hospitalar, precisa levar números. Um paciente que tem menos pneumonia associada à ventilação custa menos para o Estado. (E4)

Poderiam abrir mais vagas nos hospitais. Muitas pessoas terminam a especialização e demoram para entrar em uma equipe. (E7)

Todos os entrevistados disseram conciliar suas atividades hospitalares com a rotina ambulatorial em consultórios privados.

Impacto emocional vínculo e humanização do cuidado

O ambiente hospitalar foi descrito como emocionalmente exigente. Os profissionais convivem com pacientes graves, mortes, internações prolongadas, histórias de violência, vulnerabilidade social, sofrimento familiar e cuidados paliativos. A necessidade de elaborar essas experiências apareceu de formas distintas: alguns relataram esforço para estabelecer limites e não transportar o sofrimento para a vida pessoal; outros enfatizaram que o vínculo é inevitável e constitui parte do cuidado.

Eu tive que aprender a atender o paciente e deixar aquilo no hospital, não levar para casa. [...] A Odontologia não está preparada para estar ali; foi desafiador na parte psicológica. (E1)

Não é só fazer um laser, não é só passar à beira-leito; você cria vínculos. [...] Eu fiz o que podia fazer, e isso traz paz. (E2)

Os relatos mostraram que o êxito nem sempre corresponde à cura. Em pacientes sem possibilidade de reversão da doença de base, aliviar dor, permitir alimentação, favorecer comunicação e preservar dignidade foram resultados considerados relevantes. Essa perspectiva aproximou a Odontologia Hospitalar da humanização e dos cuidados paliativos, ampliando o sentido atribuído ao trabalho.

Nos cuidados paliativos, eu vi que o mínimo que você consegue fazer por uma pessoa é algo gigantesco. [...] É algo que faz com que a gente não atenda ninguém da mesma forma. (E5)

O desafio também é sentimental. Às vezes, você passa no paciente de manhã e, à tarde, ele não está mais, foi a óbito. [...] Mas é gratificante fazer a diferença. (E7)

DISCUSSÃO

Os relatos apresentam a Odontologia Hospitalar como uma prática clínica ampliada, na qual a avaliação bucal depende da compreensão do estado sistêmico e dos objetivos terapêuticos do paciente. A diversidade de procedimentos e cenários descritos mostra que a atuação não se restringe à higiene oral ou às intervenções de urgência. Essa compreensão converge com a abordagem de Godoi APT, et al. (2009) e Eduardo FP, et al. (2019), que situam o cuidado odontológico hospitalar em relação às necessidades gerais de saúde.

As trajetórias de ingresso revelaram a influência de experiências pessoais, do contato com docentes e da pandemia de COVID-19. Para alguns participantes, a aproximação com pacientes críticos tornou mais visíveis as possibilidades de contribuição da Odontologia. Barbosa JR, et al. (2021) discutem a atuação odontológica no contexto da pandemia, oferecendo um referencial para compreender a relevância atribuída a esse período pelos entrevistados. As falas sugerem que o contato com situações concretas de cuidado pode orientar a escolha profissional, sem permitir estabelecer uma relação causal entre essas vivências e o ingresso na área.

A experiência de E4, que conheceu a área por meio de uma disciplina obrigatória, contrastou com relatos de lacunas na graduação. Essa diferença evidencia trajetórias formativas heterogêneas e sustenta a discussão sobre a aproximação entre estudantes e cenários hospitalares. Os trabalhos de Palmeira JT, et al. (2020) e Freitas VF, et al. (2023), voltados ao ensino de Odontologia Hospitalar, dialogam com essa necessidade. Os resultados indicam a importância de articular conteúdos teóricos e experiências práticas supervisionadas, preparando o estudante para reconhecer tanto as possibilidades quanto os limites da atuação.

O acompanhamento da admissão à alta, referido por E5, expressa uma concepção longitudinal do cuidado durante a internação. A consideração de exames, medicações, ventilação e prognóstico reposiciona o procedimento odontológico dentro de um projeto terapêutico compartilhado. Estudos sobre saúde bucal em UTI e Odontologia Hospitalar discutem a relevância do manejo das condições bucais em pacientes críticos (PINHEIRO TS e ALMEIDA TF, 2014; CHAVES AS, et al., 2023). Entretanto, esta pesquisa investigou percepções profissionais e não mensurou incidência de infecções, tempo de internação ou custos; portanto, não permite estimar efeitos clínicos ou econômicos da assistência.

A integração multiprofissional apareceu como condição para formular condutas oportunas e compatíveis com a complexidade dos casos. As visitas e discussões de equipe relatadas por E5 e E7 mostram possibilidades de participação efetiva, enquanto as experiências de E1 e E6 revelam resistências e reconhecimento gradual. Mattevi GS, et al. (2011) discutem a contribuição do cirurgião-dentista em uma equipe hospitalar pediátrica, e Souza AS, et al. (2025) abordam sua inserção no trabalho multidisciplinar. Esses estudos ajudam a interpretar a integração como processo organizacional e relacional, que depende de interlocução e reconhecimento das competências odontológicas.

A autonomia descrita por E2 não pressupõe uma decisão desvinculada da equipe. Ela se manifesta na capacidade de formular indicações odontológicas, discutir o quadro clínico e negociar a execução das intervenções. A participação em decisões compartilhadas preserva responsabilidades específicas e amplia a compreensão das necessidades do paciente. Os resultados sugerem que espaços regulares de discussão de casos e fluxos de comunicação podem favorecer esse exercício profissional e reduzir o desconhecimento sobre a contribuição odontológica.

A formação especializada foi valorizada, mas considerada insuficiente quando entendida como etapa que encerra a aprendizagem. A interpretação de exames, a farmacologia, os cuidados intensivos e o manejo de dispositivos hospitalares exigem atualização e experiência prática. A educação permanente, orientada por problemas do cotidiano de trabalho, pode complementar a educação continuada e favorecer a construção de respostas entre diferentes profissões (ALONSO I, 2025). As falas também indicam a necessidade de competências de comunicação, organização de fluxos e gestão, além do domínio técnico.

A literatura sobre cuidados bucais e práticas da enfermagem em terapia intensiva oferece elementos para pensar ações educativas compartilhadas (CUTLER CJ e DAVIS N, 2005; GANZ FD, et al., 2009; LI S e WANG F, 2024). No grupo investigado, a necessidade de aprendizagem contínua sustenta a inclusão do cirurgião-dentista nas discussões e atividades formativas institucionais. O planejamento dessas ações deve considerar a realidade do serviço, as responsabilidades de cada profissão e os problemas identificados pela equipe, evitando reduzir a educação à transmissão isolada de instruções.

As faltas de materiais e a ausência de estrutura ambulatorial limitaram as alternativas de cuidado. O relato de extração de dentes potencialmente preserváveis evidencia a tensão entre

a conduta desejada e os recursos disponíveis. Araújo ECF, et al. (2024), ao examinarem custos de implantação e manutenção da assistência odontológica hospitalar, oferecem uma referência para discutir a necessidade de planejamento financeiro e material. A consolidação do serviço demanda condições para executar as condutas propostas, incluindo insumos, equipamentos, instrumentos e fluxos para procedimentos inviáveis à beira-leito.

A produção de indicadores foi apresentada como estratégia para dialogar com a gestão e demonstrar a contribuição do serviço. Essa demanda pode favorecer a avaliação institucional, desde que os indicadores expressem aspectos do cuidado relevantes para pacientes e equipes. A fala de E4 sobre custos constitui uma percepção profissional sobre a defesa da área; não corresponde a uma estimativa econômica produzida por esta pesquisa. Monitorar atividades, necessidades não atendidas e resultados assistenciais pode contribuir para o planejamento e a alocação de recursos.

A conciliação das atividades hospitalares com consultórios privados foi relatada por todos os participantes. Chaves SCL e Silva LMV (2007) discutem a coexistência de inserções públicas e privadas no trabalho odontológico. No presente estudo, a associação entre essa configuração, a remuneração e a valorização profissional deve ser interpretada com cautela: os relatos apontam desafios de inserção, mas não permitem afirmar que todos os vínculos concomitantes resultem de insuficiência financeira. Investigar jornadas, remuneração e modalidades de contratação pode aprofundar essa questão.

13

O contato com sofrimento, morte e cuidados paliativos introduziu uma dimensão emocional que atravessa a prática clínica. A valorização do alívio da dor, da alimentação, da comunicação e da dignidade amplia o significado dos resultados assistenciais, especialmente quando a cura não é possível. Essa perspectiva dialoga com Goulart BNG e Chiari BM (2010), sobre humanização das práticas em saúde, e com Rebello CA, et al. (2025), sobre cuidados humanizados na UTI. Os depoimentos sustentam a necessidade de reconhecer o vínculo como componente do cuidado e de oferecer espaços de apoio e reflexão aos profissionais.

Entre as limitações, destacam-se a seleção intencional de profissionais identificados pela visibilidade de sua atuação, o número restrito de participantes e a ausência de perspectivas de pacientes, gestores e profissionais de outras categorias. Os resultados expressam experiências autorreferidas e não representam o conjunto dos hospitais brasileiros. A diversidade regional e institucional ampliou os contextos descritos, mas não assegura representatividade. A ausência

de documentação sobre critérios de saturação e procedimentos de validação com os participantes limita a avaliação do processo analítico.

Apesar dessas limitações, o estudo identifica necessidades compartilhadas de formação, integração e estruturação dos serviços. As recomendações derivadas dos relatos incluem ampliar experiências supervisionadas na formação, incorporar a Odontologia aos espaços de discussão de casos, organizar fluxos assistenciais, garantir recursos materiais e promover aprendizagem interprofissional. O apoio emocional também deve integrar as condições de trabalho, diante da exposição cotidiana a situações de sofrimento e finitude.

CONCLUSÃO

Na percepção dos participantes, o cirurgião-dentista ocupa papel relevante no cuidado hospitalar ao integrar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das alterações bucais ao planejamento terapêutico do paciente. Sua atuação foi reconhecida como contribuição para a integralidade, o conforto e a humanização, exigindo compreensão do quadro sistêmico e participação nas decisões multiprofissionais.

A integração ocorreu de maneira desigual entre instituições e envolveu diálogo, construção de vínculos e reconhecimento gradual das competências odontológicas. Lacunas formativas, insuficiência de recursos, estrutura limitada, dificuldades de inserção profissional e exigências emocionais foram identificadas como obstáculos. O fortalecimento da Odontologia Hospitalar requer formação específica, aprendizagem contínua, condições adequadas de trabalho, valorização profissional e incorporação efetiva aos fluxos e decisões institucionais.

14

REFERÊNCIAS

1. ALONSO I. Práticas de educação permanente no contexto hospitalar: revisão da literatura. Boletim Técnico do Senac, 2025; 51.
2. ARAÚJO ECF, et al. Cost of implementation and maintenance of dental care in a hospital setting. Journal of Service Science and Management, 2024; 17(4): 377-385.
3. BARBOSA JR, et al. Odontologia Hospitalar em tempos de COVID-19. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, 2021; 62(2): 100-105.
4. CHAVES AS, et al. Odontologia hospitalar no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, 2023; 12(8): e9012842908.

5. CHAVES SCL, SILVA LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(6): 1697-1710.
6. CUTLER CJ, DAVIS N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 2005; 14(5): 389-394.
7. EDUARDO FP, et al. *Odontologia hospitalar*. Manole, 2019.
8. FREITAS VF, et al. Ensino de odontologia hospitalar nos cursos de graduação em odontologia em universidades públicas no Brasil. 2023.
9. GANZ FD, et al. ICU nurses' oral-care practices and the current best evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009; 41(2): 132-138.
10. GODOI APT, et al. Odontologia Hospitalar no Brasil: uma visão geral. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2009; 38(2): 105-109.
11. GOULART BNG, CHIARI BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(1): 255-268.
12. LI S, WANG F. Assessing the impact of oral care micro-courses on ICU nurses' compliance through a mixed-effects model: a quasi-experimental study. *Cureus*, 2024; 16(12): e75310.
13. MATTEVI GS, et al. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(10): 4229-4236.
14. PALMEIRA JT, et al. Ensino de Odontologia Hospitalar no curso de Odontologia na região nordeste do Brasil. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2020; 7(1).
15. PINHEIRO TS, ALMEIDA TF. A saúde bucal em pacientes de UTI. *Journal of Dentistry & Public Health*, 2014; 5(2).
16. REBELLO CA, et al. A Odontologia Hospitalar nos cuidados humanizados na UTI. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2025; 7(5): 837-851.
17. SOUZA AS, et al. Odontologia hospitalar: um estudo acerca do trabalho do profissional de odontologia na equipe multidisciplinar de um hospital. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2025; 11(6): 4732-4747.
18. VALLE PRD, FERREIRA JL. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação em Revista*, 2025; 41.