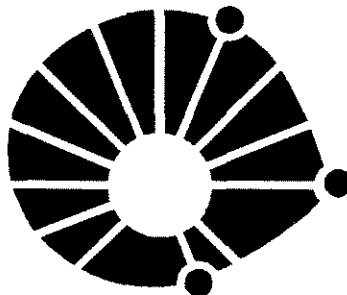


**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**UNICAMP**

**LUIZ RENATO PARANHOS**

**CIRURGIÃO-DENTISTA**

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO  
AMBIENTE HOSPITALAR**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

**PIRACICABA**

- 2002 -

i

# UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

LUIZ RENATO PARANHOS  
CIRURGIÃO-DENTISTA

## ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

Orientador:

Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada

Prof. Dr. Eduardo Daruge

Profa. Dra. Cláudia Maria de Almeida Sampaio

Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior

PIRACICABA

- 2002 -

Este exemplar foi devidamente corrigido,  
de acordo com a Resolução CCPG-036/83

CPG, 09 / 04 / 2002

ii



Assinatura do Orientador

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

8152222518

\_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
COMBO BC/ 49166  
PROC. 16-837/00  
\_\_\_\_\_ DY \_\_\_\_\_  
PREÇO R\$ 11,00  
DATA \_\_\_\_\_  
Nº CPD \_\_\_\_\_

CM00167656-1

B ID 241043

### Ficha Catalográfica

P212a Paranhos, Luiz Renato.  
Atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar. / Luiz Renato Paranhos. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2002.  
xi, 82f. : il.

Orientador : Prof. Dr. Ronaldo Seichi Wada.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia legal. 2. Cirurgia. 3. Traumatologia. I. Wada, Ronaldo Seichi. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

UNICAMP



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 14 de Fevereiro de 2002, considerou o candidato LUIZ RENATO PARANHOS aprovado.

1. Prof. Dr. RONALDO SEICHI WADA

2. Profa. Dra. CLAUDIA MARIA DE ALMEIDA SAMPAIO

3. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR

## **DEDICO ESTE TRABALHO**

À minha noiva e companheira **Tânia Pereira Guedes**, que me deu a chance e o prazer de uma feliz e excepcional convivência.

À **Francy**, minha avó, amiga, por tudo que representa para mim.

À minha mãe **Lídia**, pela competência e constante prazer de viver.

Ao meu pai **Jorge**, por sempre estar ao meu lado.

A toda minha família, pela alegria e convivência agradável.

***Agradeço a Deus,***

***por estar sempre presente.***

## AOS PROFESSORES:

- Ao meu orientador Prof. Dr. **Ronaldo Seichi Wada**, pela paciência e compreensão, minha sincera admiração.
- Ao Mestre, Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, a minha gratidão pelos seus valiosos ensinamentos.
- À Profa. Dra. **Cláudia Maria de Almeida Sampaio**, pelo estímulo, ajuda e colaboração.
- Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge Júnior** nossa gratidão pela atenção, amizade e orientação que sempre nos dispensou.
- Ao Prof. Dr. **Renato Sérgio Quintela**, pela colaboração. Uma pessoa extremamente correta e prestativa.
- Ao Prof. Dr. **Miguel Morano Júnior**, pelo carinho e alegria que sempre dispensa aos alunos.

## AGRADECIMENTOS

- À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, na pessoa do seu Diretor, Prof. Dr. **Antônio Wilson Sallum**.
- À Profa. Dra. **Altair Antoninha Del Bel Cury**, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.
- Aos Professores do Curso de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia, pela confiança e apoio em mim depositados.
- Às companheiras **Dinoly Albuquerque Lima** e **Célia Regina Manesco**, funcionárias do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, pelo apoio, amizade e carinho.
- Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, pelas horas de conforto e companheirismo a mim demonstrados.
- Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, pelo auxílio em tudo que solicitei.
- Aos amigos **Rodrigo Koide** e **Silvana Tomasso**, pela ajuda e incentivo.



*“Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão do mundo. Isso faz da leitura uma releitura.”*

**Leonardo Boff**

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	1
LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1. LEGISLAÇÃO FEDERAL	29
2.2. LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL	31
3. PROPOSIÇÃO	44
4. MATERIAL E MÉTODOS	45
4.1 CRITÉRIO DE ESCOLHA DOS PROFISSIONAIS EM ESTUDO	45
4.2 COLETA DE DADOS	45
4.3 DOS QUESTIONÁRIOS	46
4.4 CONSENTIMENTO DA PESQUISA	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 CIRURGIÕES-DENTISTAS ESPECIALISTAS EM CTBMF	48
5.2 COORDENADORES OU DIRETORES DE ENTIDADES HOSPITALARES	60

6. CONCLUSÕES	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	78

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição quanto ao sexo dos CDs (n=23).....	49
Figura 2 -	Distribuição dos CDs quanto ao tempo de exercício profissional (n=23).....	50
Figura 3 -	Distribuição dos CDs quanto ao tempo que atua na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (n=23).....	50
Figura 4 -	Distribuição quanto à configuração jurídica das faculdade de graduação dos CDs (n=23).....	51
Figura 5 -	Distribuição dos profissionais quanto ao setor de trabalho (n=23)...	52
Figura 6 -	Distribuição da configuração jurídica das entidades hospitalares (n=23).....	52
Figura 7 -	Distribuição quanto ao grau de aceitação dos CDs pelo corpo médico e pela coordenação hospitalar (n=23).....	53
Figura 8 -	Distribuição quanto à qualidade do curso de especialização (n=23).....	54
Figura 9 -	Distribuição quanto à atuação comprometida do médico especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço (n=23).....	55
Figura 10 -	Distribuição dos CDs quanto ao conhecimento dos limites legais impostos pelo CFO e CFM (n=23).....	56
Figura 11 -	Execução de Biópsias pelos especialistas em CTBMF(n=23).....	56
Figura 12 -	Execução de tratamento cirúrgico de cistos (n=23).....	57
Figura 13 -	Execução de Cirurgia Ortognática pelo especialista (n=23).....	57
Figura 14 -	Tratamento de tumores benignos da cavidade bucal (n=23).....	58
Figura 15 -	Execução de tratamento de tumores malignos na cavidade bucal (n=23).....	59
Figura 16 -	Tratamento de doenças de glândulas salivares maiores (n=23).....	59
Figura 17 -	Distribuição quanto à configuração jurídica das entidades hospitalares (n=21).....	60
Figura 18 -	Distribuição quanto ao serviço de atendimento 24 horas (n=21).....	61

Figura 19 - Distribuição quanto à presença de diferentes especialidades na equipe médica (n=21).....	62
Figura 20 - Presença de setor odontológico na entidade (n=21). .....	62
Figura 21 - Presença de especialista em CTBMF na equipe Médica (n=21).....	63
Figura 22 - Distribuição do conhecimento da responsabilidade legal de procedimentos executados sob anestesia geral (n=21). .....	64
Figura 23 - Distribuição quanto à necessidade de os CDs possuírem vínculo com a Entidade (n=11). .....	64
Figura 24 - Distribuição do número de CDs possibilitados a executarem procedimentos nos hospitais, sem vínculo com a instituição (n=6)..	65
Figura 25 - Execução de biópsias da região do complexo maxilo-mandibular (n=10). .....	66
Figura 26 - Execução de cirurgias ortognáticas (n=10). .....	66
Figura 27 - Execução de tratamento de lesões de origem traumática do complexo maxilo-mandibular (n=10).....	67
Figura 28 - Execução de tratamento de tumores benignos na cavidade bucal (n=10). .....	68
Figura 29 - Execução de tratamento de doenças das glândulas salivares maiores (n=10) .....	68
Figura 30 - Execução de tratamento de tumores malignos da cavidade bucal (n=10) .....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	<i>American Dental Association</i>
CD	Cirurgião-Dentista
CDs	Cirurgiões-Dentistas
CEP	Código de Ética Profissional
CEO	Código de Ética Odontológico
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
COMF	Cirurgia Oral e Maxilofacial
CP	Código Penal
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Buxo Maxilo Facial
<i>et al.</i>	e outros (abreviatura de “ <i>et alii</i> ”)
FOP/UNICAMP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP
IML	Instituto Médico Legal
PBMF	Prótese Buxo-Maxilo-Facial

## RESUMO

A competência dos profissionais de Odontologia tem sido questionada visto que os conhecimentos adquiridos em cursos de graduação e pós-graduação muitas vezes não se tornam suficientes para a atuação profissional do Cirurgião-Dentista (CD), como na Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial (CTBMF), decorrendo em erros profissionais. Diante disso foi realizado um levantamento dos textos legais, tanto em legislações especiais médicas e odontológicas como em legislações federais, com o objetivo de esclarecer as verdadeiras atribuições e limites do CD em ambiente hospitalar. Foi aplicado ainda, com este mesmo objetivo, um questionário para especialistas na área de CTBMF e para entidades hospitalares na região da Baixada Mogiana, incluindo as cidades de Artur Nogueira, Estiva Gerbi, Holambra, Itapira, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santo Antônio da Posse e Campinas. Os resultados levantados permitem concluir que os CDs precisam se atualizar quanto à Legislação vigente, pois mostraram exceder os limites de atuação e pouco conhecimento quanto à responsabilidade profissional. Dos especialistas, 22% somente têm uma aceitação ruim por parte do corpo médico e mais da metade das entidades hospitalares pesquisadas (52.4%) não possuem CD, especialista em CTBMF, junto à equipe médica. Certamente o entrosamento médico-odontológico só pode ser bem compreendido quando realizado em equipe, sendo todos beneficiados: médicos, cirurgiões-dentistas e pacientes.

## ABSTRACT

The Dentistry Professionals' competence has been put in discussion when it is evaluated the degree of knowledgment acquired during the undergraduate and the graduation courses, as in many situations this knowledgment is not sufficient to the activity of the dentist in some areas (for example, the Buco Maxillo Facial Surgery), resulting in professionals' errors. In relation to this question it was performed a review of legal texts, both in medical and dentistry specific legislations, and in federal legislation, in the aim of setting up the limits and attributions of the dentist who works in a hospital environment. It was also performed, with the same aim, a questionnaire to Buco Maxillo Facial Surgeons and to Hospital Institutions located at the Baixa Mogiana region, including the following cities: Artur Nogueira, Estiva Gerbi, Holambra, Itapira, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santo Antônio da Posse and Campinas. The results allow us to conclude that the dentist need to bring up to date their knowledgment about the current Legislation, as some of them have gone beyond their normal activities and others know just a little about their professional responsibility. Among the specialists, 22% are not well come to the medical staff and more than a half of the Hospital Institutions (52.4%) do not have a dentist, Buco Maxillo Facial Surgeon, among their medical staff. Certainly we can already conclude that a relationship between medicine and dentistry can only be understood when it is performed by a staff, in which everyone will have benefits, the physicians, the dentists, and the patients.



# 1. INTRODUÇÃO

A Odontologia assume, atualmente, uma importância cada vez maior na promoção de saúde coletiva à população. Gradativamente mais eficiente e de melhor qualidade, oferece alternativas técnicas de crescente sofisticação e praticidade.

Os brasileiros, entretanto, são atingidos de maneira irregular. Falta incentivo governamental e vontade dos Cirurgiões-Dentistas em promover certos cuidados inerentes à profissão. A promoção de saúde para atingir diferentes níveis populacionais necessita ser oferecida de forma variada. Uma das que se apresenta crescente e promissora é o atendimento hospitalar.

A Odontologia Hospitalar é considerada o ramo da Odontologia que visa o entrosamento com especialidades médicas, com atendimento multidisciplinar, tendo por objetivo oferecer um serviço de alto nível, em condição de segurança, gerando assim benefícios para todos, principalmente para os pacientes (PEREIRA, 1984).

O Cirurgião-Dentista algumas vezes é encarado como intruso no hospital, ambiente tido como a “casa dos médicos”, mas a sua inclusão na

equipe médica faz-se necessária, principalmente no setor emergencial (SEIXAS, 2001).

Dentre várias possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista no ambiente hospitalar destacam-se o tratamento de pacientes especiais, a prevenção de câncer bucal, o tratamento cirúrgico das deformidades de origem dento-faciais e lesões patológicas.

Parte dessas atribuições são direcionadas a uma única especialidade que se encontra em crise de identidade, a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, que, em 1953, foi oficialmente definida pela *American Dental Association (ADA)* como parte da Odontologia que cuida do diagnóstico e tratamento cirúrgico e correlato das enfermidades, traumatismos e deformidades dos maxilares e estruturas adjacentes.

Tal crise de identidade iniciou-se com o fato de o Conselho Federal de Odontologia somente reconhecer cursos de especialização sem residência hospitalar, o que gerou atrito com o Colégio Brasileiro de CTBMF, que passou a emitir certificados de especialistas para os residentes, sob a justificativa de maior vivência hospitalar, por enfrentarem plantões, diferentemente dos cursos reconhecidos pelo CFO (FERREIRA, 1997).

Constantes alterações na legislação do Conselho Federal de Odontologia e Conselho Federal de Medicina (CFM) confundem os limites de atuação da CTBMF nos hospitais. Assim, existe a necessidade de se verificar o grau de conhecimento desses especialistas frente às recentes modificações na legislação, suas verdadeiras atribuições e aceitação das entidades hospitalares pelos mesmos.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

O COUNCIL ON HOSPITAL DENTAL SERVICE (1962) criou um guia para o estabelecimento e operação de um produtivo programa de associações odontológicas em hospitais, tendo como principais objetivos:

1. Estabelecer serviços odontológicos em hospitais para oferecer saúde e bem estar geral ao paciente hospitalizado;
2. Coordenar os serviços odontológicos com outros departamentos dos hospitais;
3. Desenvolver o serviço odontológico ao mesmo nível dos outros serviços já existentes no hospital;
4. Encorajar as equipes odontológicas de hospitais a almejar os preceitos estabelecidos pela Associação.

A necessidade de instrução aos dentistas que trabalham em novo ambiente é fundamental, além de estabelecer um conhecimento funcional das facilidades do hospital, agendamentos, dados, encontros das equipes e problemas especiais do estabelecimento. Isso tudo deve ser de grande interesse por parte dos coordenadores de hospitais, aproveitando no máximo o serviço odontológico. O trabalho para organizar tal serviço hospitalar não é algo distante, separado do contato com outros níveis da odontologia organizada.

Segundo DI BIAGGIO (1973), a necessidade de se oferecer treinamento hospitalar para estudantes de Odontologia é discutida há muito tempo, visto que os graduandos relutam em atender pacientes hospitalizados, devido à falta de conhecimento sobre protocolos médicos e sua limitada preparação para análise de um paciente como um todo. Apesar de tudo, pouco tem sido feito para remediar a situação. São muitos os benefícios para o estudante de Odontologia dentro dos hospitais, desde aprender a lidar com grupos de pacientes até desenvolver capacidades necessárias para participar efetivamente de uma equipe de saúde

De acordo com IRAMPOUR (1973), para um programa de Educação Odontológica ser efetivo e obter sucesso, é necessário que haja uma boa comunicação entre as escolas de Odontologia e hospitais, conduzindo juntos programas educacionais. O autor refere-se à existência de poucos hospitais onde tais atividades sejam possíveis e que só neles as ciências básicas e clínicas emergem de maneira prática. O ambiente hospitalar de ensino oferece maior liberdade ao aluno para exercitar sua própria iniciativa, sendo altamente benéfico ao aluno, pois ele se torna parte da equipe, podendo observar experiências e erros de seus colegas e trocar pontos de vista. A participação de estudantes de Odontologia no cuidado com pacientes hospitalizados é uma excelente oportunidade para

estabelecer uma relação contínua e recompensadora entre médicos e dentistas. O autor conclui que, basicamente, não existem diferenças quanto ao interesse na educação entre uma faculdade de Odontologia e um hospital, somente que um dentista de hospital orienta-se pelo paciente, enquanto que um membro de faculdade orienta-se pelo estudante. De acordo com o autor, conferências mútuas e trocas de experiências científicas são importantes e podem ser usadas para promover maior vínculo tanto no plano da faculdade como no relacionamento entre ambos.

ROSE *et al.* (1974) relatam a crise pela qual a nação está passando quanto à distribuição de serviços de saúde, bem como a falha em promover serviços dentais adequados a pacientes que sofrem de doenças agudas e crônicas, deixando claro que isso é um aspecto de evidente negligência. Para os autores, esta deficiência tem suas origens no currículo tradicional das faculdades de Odontologia que treinam os estudantes para oferecer tratamento principalmente ao paciente mais bem sucedido e aos que geralmente estão em boas condições de saúde. Segundo os autores, a maioria dos estudantes passam poucas horas produtivas em hospitais, onde os seus papéis são meramente de observadores e o seu contato com pacientes e com a equipe médica são muito superficiais. Concluem que é necessário um programa de treinamento de dentistas para:

- trabalhar como parte integrante de uma equipe hospitalar;
- apreciar a necessidade de se avaliar, emocionalmente, tanto o médico como um paciente antes de seu tratamento;
- oferecer tratamento a pacientes cuja condição dental possa estar interferindo em uma desordem sistêmica;
- reconhecer a necessidade de consultar colegas médicos sobre assuntos de seu interesse.

EMERY (1975) realizou uma pesquisa para avaliar a importância do serviço odontológico hospitalar. Duzentos (200) pacientes foram analisados quanto à saúde bucal e seu reflexo no estado físico geral. Destes 200 pacientes, 49% apresentavam uma ou mais cáries; 47%, doença periodontal; 7% não tinham dentes naturais, que foram depois classificados como possuidores de deficiência mastigatória; e 16% não possuíam nenhuma necessidade de tratamento. Para o autor, tais dados justificam a importância da existência de tratamento odontológico hospitalar. Segundo o mesmo autor, os pacientes que sofrem de alguma doença dental poderiam ser tratados, evitando-se dor e infecções orais, proporcionando uma mastigação adequada e, assim, melhorando a nutrição do paciente. Conclui que o tratamento odontológico hospitalar é importante para a melhoria total do paciente e que esse serviço poderia prover um meio de consulta para os profissionais e um melhor treinamento clínico e educacional para estudantes e residentes.

PEREIRA (1984) define de forma completa a Odontologia hospitalar como sendo “*o ramo da Odontologia que visa o entrosamento com especialidades médicas, tendo por objetivo oferecer um atendimento de alto nível, em condição de segurança, contando com o apoio efetivo do corpo clínico de um hospital e com enfermagem diferenciada, concorrendo para o bom êxito de qualquer manobra clínica ou cirúrgica, em pacientes devidamente triados*”. O autor refere-se a dois grandes grupos: hospital público e privado. O primeiro se subdivide em: parques infantis e grupos escolares, com atendimento de clínica geral; ambulatório hospitalar, também com o fim da anterior; e em pronto socorro para atendimento de urgências, seguido de encaminhamento para o dentista particular ou com a resolução no próprio hospital no caso de traumas, por exemplo. Em hospital particular são encaminhados os doentes devidamente triados para atendimento específico por diversos motivos e sempre interagindo com outras especialidades, como ortopedia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, etc. Para o autor, o entrosamento médico-odontológico só pode ser bem compreendido quando realizado em equipe. Os médicos, os dentistas e principalmente os pacientes se beneficiam.

Segundo GRAZIANI (1986), o hospital tem os padrões adequados para se praticar cirurgias extensas; oferece ao paciente anestesia geral,



transfusões sanguíneas, exames especializados, cuidados de enfermagem, entre outros procedimentos. O hospital terá todos os recursos e facilidades disponíveis para qualquer emergência, incluindo-se até uma possível traqueostomia.

STACY & GAUDRY (1986) reforçam a necessidade da integração de médicos com Cirurgiões-Dentistas no ambiente hospitalar. Para os autores, os Cirurgiões-Dentistas têm falhas em sua visão de planejamento devido aos currículos das universidades serem voltados somente para a parte técnica dos procedimentos odontológicos, o que necessita de maior proficiência e confiança somadas aos seus conhecimentos para um adequado oferecimento de serviços a serem disponibilizados a grupos de pacientes. Sugerem a residência para os estudantes de Odontologia e afirmam ser uma experiência vista como um passo positivo na busca de ideais para uma educação universitária, e ressaltam que a ênfase em técnica e mecânica precisa cessar para o surgimento de um melhor equilíbrio. Posteriormente poderia ser discutida a criação de um curso interdisciplinar em cuja fase preparatória os Cirurgiões-Dentistas são *“instruídos sobre práticas hospitalares, treinam essas práticas, aprendem como fazer uma correta anamnese, aprendem diagnóstico físico e teste laboratoriais, e podem depois participar efetivamente em consultas,*

*tratamento de emergências, clínicas médicas e consultas seletas com seus colegas médicos.*” Os autores referem-se à importância da residência por proporcionar um primeiro contato dos estudantes com casos de maior relevância médica, dando confiança ao estudante, ajudando-os a amadurecer profissionalmente. Para os autores, trata-se de procedimento efetivo para se alcançar a metamorfose final de estudantes inocentes para dentistas responsáveis.

GIANGREGO (1987) relatou um breve histórico da evolução da Odontologia hospitalar e comentou que os avanços da COMF se deu graças às mudanças curriculares e à habilidade técnica e clínica que os CDs possuem. Deixou claro que a educação tradicional da Odontologia não prepara adequadamente os CDs para uma atuação em ambiente hospitalar e que os mesmos não têm força no domínio de ciências médicas, fato que limita sua habilidade em tratar pacientes complexos. Os hospitais, os departamentos de Odontologia hospitalar, as escolas de Odontologia e de Medicina estão fazendo contínuos esforços a fim de oferecer programas de educação para CDs se tornarem mais competentes ao oferecer cuidados de saúde a pacientes especiais.

CHEN (1991) realizou uma pesquisa para identificar e melhor entender as razões pelas quais os dentistas tratam ou não os pacientes aidéticos. Segundo o autor, o tratamento deve ser realizado de acordo com normas específicas. Para pacientes já adoentados, é preciso fazer o tratamento em hospitais, e afirma que os procedimentos a serem executados são realidades distantes da formação dos Cirurgiões-Dentistas.

ELLIS III (1993) relata as razões dos problemas por que a especialidade de COMF está passando e atribui ao excessivo potencial humano a principal causa dessas grandes mudanças. A existência de indivíduos da categoria que trabalham na margem extrema da especialidade é também considerada outra causa. Nas últimas décadas, o número de interessados pelo curso de Odontologia tem diminuído significativamente, em oposição ao número de CDs interessados em Pós-Graduação, o que tem aumentado a mão-de-obra especializada, e conseqüentemente o número de Cirurgiões Orais Maxilofaciais em relação à profissão e à população. Outro problema relatado é que os especialistas em COMF estão fazendo rinoplastia, por exemplo, ao passo que o Otorrinolaringologista está fazendo ortognática. As profissões encontram-se totalmente sem limites de atuação. Os especialistas acabam por ficar sem trabalho, pelo grande número de residentes, com mão-de-obra barata. O autor sugere, então, a

diminuição de vagas para egresso na especialidade, bem como das vagas médicas, para, no futuro, melhorar a qualidade de serviço para os Cirurgiões - Dentistas.

AMEERALLY *et al.* (1994) estabeleceram o nível de conhecimento do público sobre a especialidade de COMF, executando um questionário via telefone para 200 pessoas, selecionadas aleatoriamente, além de 50 dentistas e 50 médicos, com idades variadas. Não surpreendentemente todos os profissionais já tinham ouvido falar de COMF, mas 79% do público não. Uma parcela muito maior do público já havia ouvido falar dos cirurgiões otorrinolaringologistas e plásticos. Poucos deles haviam sido tratados pelas três especialidades em discussão. Ambos os grupos profissionais tinham pleno conhecimento sobre o campo de atuação da COMF, e lamentavelmente os médicos sabiam mais do campo de atuação dessa especialidade do que os próprios CDs. Setenta e quatro por cento (74%) de todo o público não compreendia o papel da Cirurgia Oral Maxilofacial, 15% pensavam que o Cirurgião-Dentista só tratava de dente, 12% que só faziam cirurgias de boca, e 8% achavam que só faziam cirurgias da face. A população mostrou um grande conhecimento das outras especialidades, inclusive da cirurgia plástica. Os autores concluíram que tanto o público quanto médicos e dentistas precisam ter um melhor conhecimento sobre o

que a especialidade de COMF tem a oferecer; que os serviços de saúde pública precisam de maior informação sobre a especialidade; e que o nome Cirurgia Oral Maxilofacial é muito complicado e longo, dificultando o entendimento; sugeriram “Cirurgia orofacial” como um nome adequado.

MODESTO & GUEDES (1995) descreveram toda a sequência e indicação da anestesia geral em Odontopediatria. Para os autores, tal procedimento está mais viável, pois alguns hospitais possuem equipamento odontológico. Esse procedimento acaba sendo o meio mais fácil para resolver um problema imediato, mas precisa ser bem indicado para ter resultados bastante satisfatórios. As indicações são para: pacientes especiais, com retardo mental; crianças rebeldes, com as quais não foi possível o tratamento com pré-medicação; crianças com pouca idade, quando o tratamento é muito extenso; pacientes alérgicos aos anestésicos locais, situação rara; pacientes hemofílicos, bastante indicado. O hospital deve ser bem equipado do ponto de vista odontológico, ter equipe adequada, e o Cirurgião-Dentista deve conhecer todo o serviço burocrático do hospital, bem como o centro cirúrgico. Concluem que anestesia geral quando bem administrada apresenta bons resultados; o trabalho deve ser realmente importante, mas tem-se que ponderar os riscos. É necessário

sempre tomar as precauções, visando a segurança, conforto e bem estar do paciente.

ELIAS (1995) afirma que o tratamento de pacientes com diabetes melito em nível hospitalar deve ser considerado para pacientes que necessitem de cirurgias extensas e para os que apresentarem risco moderado a elevado. Conclui que a Odontologia para pacientes especiais é uma realidade cada vez mais presente e que há necessidade de que os profissionais e graduandos estudem mais sobre o assunto, visando ao treinamento de equipes multidisciplinares com o objetivo de promover a saúde física e mental dos pacientes.

HUNTER (1996), em recente estudo, relatou a falta de informação do público em geral e os benefícios advindos da especialidade em cirurgia oral e maxilo-facial. O estudo incluiu cinco grupos de entrevistados: estudantes de Odontologia; cirurgiões dentistas; estudantes de medicina; médicos e público em geral. Foram enviados questionários pelo correio. Foi feita a entrega ao público em geral para evitar respostas somente com pessoas envolvidas nas profissões relatadas. O estudo expôs 20 situações distintas para escolha dentro de quatro categorias e especialistas: cirurgião otorrinolaringologista, cirurgião plástico, cirurgião oral maxilofacial e

periodontista. Os dados mostraram que a maioria dos profissionais, 90% dos estudantes e 98% dos médicos/cirurgiões dentistas já haviam ouvido falar em COMF, enquanto que somente 62% do público em geral ouviu falar a respeito desta especialidade. Além disso, somente 22% dos entrevistados foram tratados eventualmente por um COMF. Os resultados também sugerem que muitos profissionais têm uma falta de entendimento sobre o grande objetivo dos procedimentos cirúrgicos que a COMF oferece. Os dados apresentam uma realidade em que os especialistas se dividem e não tem pleno reconhecimento público, mesmo médicos e cirurgiões dentistas. Parte destes problemas talvez se dê devido ao extenso nome da especialidade de difícil pronúncia, constituindo - se um problema para pessoas leigas. Há anos vem se tentando mudar o nome; apesar de todos os progressos que têm ocorrido na COMF, uma larga porção da população americana está ainda desavisada sobre isto. É essencial educar os pacientes e os profissionais sobre as diferentes especialidades e seus devidos papéis na área de saúde.

LASKIN (1996) comenta as vantagens do residente em COMF sobre os médicos residentes, atribuídas às habilidades manuais do CD. O perfil do CD residente é o de uma pessoa firme, determinada, enérgica, vigorosa entre outras qualidades. Mostra a realidade desses profissionais

norte americanos, que estão escondendo suas origens, dizendo somente que são Cirurgiões Orais Maxilofaciais, para impressionar os colegas médicos e a população em geral.

LOPES (1996) fez um breve histórico da Odontologia hospitalar no Brasil, sua situação e evolução desde o começo do século. Afirma que o convívio entre o médico e o Cirurgião-Dentista é profícuo para ambas as partes, porque estimula uma mútua troca de informação e experiências, enriquecendo-os. O autor se refere à necessidade de se fazer cursos de aperfeiçoamento juntamente com reuniões periódicas entre esses dois profissionais para troca de informações. Segundo o autor, o maior papel do CD em hospitais está na prevenção do câncer bucal que, quando diagnosticado precocemente, apresenta um índice de sucesso de 84%.

Segundo FERREIRA (1997), o Cirurgião-Dentista pode ser identificado como uma pessoa de postura submissa, de salário inadequado, dentro dos hospitais brasileiros. Os especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais estão em crise de identidade, e o primeiro pivô de tal crise tem sido a confrontação entre os mesmos e os médicos, em um combate desigual, no qual o CD é acusado de incompetente, sem capacidade de atuar nesta especialidade, pois até então



os cursos de especialização tinham a duração de dois anos e sem rotina hospitalar. Essa crise de identidade aumentou com as divergências entre o CFO e o Colégio Brasileiro de CTBMF. O primeiro não reconhecia a residência oficialmente, somente os cursos normais de dois anos de duração, e o segundo emitia certificados de especialistas para os residentes, sem valor para o CFO. Pareceres de especialistas em CTBMF e médicos sobre o assunto abordado citam brevemente a evolução da legislação e deixam claro que hoje, para ser especialista, precisa-se de três anos de curso com residência hospitalar, de acordo com a Resolução 205/97 do CFO.

CALVIELLI (1997) examinou hipóteses em que médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos poderiam estar excedendo os limites das próprias profissões. Para a autora, muitos consideram a Odontologia parte integrante da Medicina, visto que o complexo maxilomandibular é parte integrante do organismo humano, mas como tal profissão tornou-se autônoma, criou seu próprio Conselho profissional, estabelecendo o seu campo de atuação. Limites polêmicos existiam até antes da reunião entre os Conselhos Federais das duas profissões, porém trata-se de um campo da Odontologia em que é difícil estabelecer excessos, tanto do médico em relação à Odontologia quanto do Cirurgião- Dentista em relação à Medicina.

Esta questão tem grande importância visto que “*as seqüelas decorrentes da atuação menos especializadas dos médicos nessas áreas têm sido motivo de preocupação...*”.

ANDRADE (1999) comenta a situação do CD especialista em CTBMF, o qual tem que provar sua competência diariamente para os colegas médicos e para a própria Odontologia, que normalmente desconhecem sua área de atuação, já regulamentada há mais de 20 anos pela Portaria CFO – 54/75 (2 de novembro de 1975). Afirma ainda que essa especialidade, geralmente, trabalha em equipes multidisciplinares, “*formadas por cirurgiões-plásticos, anestesiólogos, ortopedistas, neurologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, principalmente em casos de acidentes de trânsito violentos, em que o paciente apresenta traumatismo craniano e facial, por exemplo*”. O autor sugere que é necessário que os cursos de pós-graduação sejam cada vez mais exigentes, para formarem profissionais mais qualificados. Acaba por relatar “*A nova face da Cirurgia Bucomaxilofacial*”, dividindo-se em quatro áreas de atuação: cirurgia de ATM, cirurgia de trauma, cirurgia bucal e cirurgia ortognática, sendo esta última a que tem obtido maior repercussão, já que seu principal objetivo é promover a harmonia facial.

CASTRO *et al.* (1999) apresentaram avaliação de 135 pacientes portadores de Carcinoma Epidemóide de Lábio Superior atendidos no Hospital do Câncer de Pernambuco no período de 1992 a 1997. Deixaram claro que a “*carência de campanhas educativas em relação à prevenção do câncer de boca contribui para o elevado índice de morbidade e mortalidade da doenças no país...*”, mostrando a importância do CD no diagnóstico pelo seu campo de atuação, inclusive dentro dos hospitais.

CORTEZZI & ALBUQUERQUE (1999) discutem as recomendações da *American Heart Association (AHA)* para a classe odontológica, podendo ser extensivas a qualquer situação em que a profilaxia antibiótica é desejada ou indicada. A abrangência quanto às citações é de Odontologia Clínica e Hospitalar e de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais. Concluem que a AHA sugere tais recomendações, mas sem a intenção de se tornar um protocolo.

MANTECCA (1999) esclarece como ficou a situação do Cirurgião-Dentista, pós-resolução CFO-CFM, no que diz respeito à atuação hospitalar. Para o autor, em cirurgias de interesse comum entre medicina e odontologia, a equipe cirúrgica deve ser constituída das duas partes, sob chefia médica, e conclui que “*este documento é uma conquista necessária,*

*que harmoniza o trabalho em equipe e respeita a individualidade dos diversos profissionais em suas diferentes competências e graus de responsabilidade”.*

DIB *et al.* (2000) discutem as principais complicações orais agudas da radioterapia. Fundamentados em literaturas especializadas e em experiências clínicas junto a projetos de pesquisa desenvolvidos pelos Departamentos de Estomatologia, Radioterapia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer A. C. Camargo, elaboraram protocolos de conduta para a avaliação de pacientes, prevenção e controle dos efeitos adversos agudos, necessários serem vistos também por Cirurgião-Dentista. Fazem considerações importantes como o acompanhamento, por equipe multidisciplinar, dos pacientes, possibilitando intervenções imediatas, a fim de melhorar a qualidade de vida. Portanto, o CD deve estar preparado para integrar-se ao seu papel na prática oncológica.

MOREIRA *et al.* (2000), em pesquisa realizada na cidade de Piracicaba, avaliaram o nível de conhecimento de quatro grupos de pessoas: grupo 1 - estudantes de Odontologia da FOP – UNICAMP de todos os anos de graduação (n=71); grupo 2 – cirurgiões dentistas (n=60);

grupo 3 – médicos (n=60) e grupo 4 – público em geral (n=64). Cada pessoa respondeu a um questionário com 23 casos específicos dizendo por quem esperam ser atendidos. Os autores concluíram que há grande falta de informação, sobretudo do público em geral, com relação à CTBMF e que existe a necessidade de melhor informação sobre a abrangência da especialidade para os quatro grupos estudados.

SILVA *et al.* (2000) relatam formas de tratamento interdisciplinar para pacientes com fissuras labiopalatais. Afirmam que seu tratamento é bastante especializado e é iniciado de forma precoce, envolvendo inúmeras especialidades médicas, odontológicas e afins. O Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais, em Bauru, trata o paciente como um todo, não somente a fissura, ganhando assim projeção internacional.

VIVÊNCIA...(2000), afirma que a comissão hospitalar do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), tem como meta auxiliar os Cirurgiões-Dentistas a atuarem em hospitais, criando normas específicas. Cita as diferentes áreas de atuação do Cirurgião-Dentista, como: CTBMF, implantodontia, atendimento clínico odontológico, paciente especiais, cirurgia odontológica, tratamento clínico sob anestesia geral, cirurgia ortognática, entre outros. Tal comissão também visa ampliar ainda

mais a atuação do Cirurgião-Dentista nos hospitais. Para o autor há necessidade de se criar uma comissão mista de CROSP e CRM, com o objetivo de realizar *“intermediação de problemas e estimular a participação dos Cirurgiões-Dentistas na composição dos corpos clínicos hospitalares.”*

O CROSP (2000) relata a situação dos Cirurgiões-Dentistas, especialistas em CTBMF, nos hospitais de São Paulo, suas conquistas e sua importância para o atendimento interdisciplinar. O CRO tem buscado cada vez mais melhorar a qualidade de formação do Cirurgião-Dentista, inclusive na Odontologia hospitalar. É comentada a necessidade de se incluir residência nos cursos de especialização, aprimorando com a vivência clínica. Para o CRO, a CTBMF tem seu espaço não só nos hospitais, mas também na prevenção de lesões bucais e disfunções temporomandibulares.

GUIMARÃES *et al.* (2000), realizaram um levantamento de fraturas maxilofaciais, atendidas no ambulatório do setor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais do Pronto Socorro Municipal de São José do Campos. De acordo com os autores, em todas as especialidades na área de saúde, corriqueiramente surgiram novas técnicas, aliadas à evolução dos métodos diagnósticos e ao aprimoramento profissional, contribuindo assim para o desenvolvimento das condutas terapêuticas. Em

traumatologia buco-maxilo-facial não foi diferente, fato que em 10 (dez) anos sua evolução foi significativa, recuperando pacientes com traumas em tempo reduzido.

SEIXAS (2001) expõe a atual situação da Odontologia dentro dos hospitais. A escassez de especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais é um dos fatores que constitui barreira à presença dos Cirurgiões-Dentistas nos hospitais. Para o autor é importante que médicos e dentistas conheçam suas próprias limitações, para que, juntos, o profissional possa oferecer os melhores resultados aos pacientes. Afirma existir diferentes possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista nos hospitais, como atenção a pacientes especiais, presenças de câncer bucal e até mesmo clínica dental, entre outros itens. Conclui que o Cirurgião-Dentista nos hospitais expande o atendimento de saúde bucal à população e que há necessidade de incorporação da residência hospitalar para tal profissão.

## 2.1. LEGISLAÇÃO FEDERAL

O primeiro dever de cada profissão é conhecê-la, contudo não se pode exercê-la se desconhecem suas regras, seus deveres e direitos. Observar os preceitos éticos e legais é dever inerente ao exercício da profissão.

O exercício profissional odontológico é regulamentado pela Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966. O artigo 1º estabelece a extensão de sua aplicação, ou seja, em todo o território Nacional.

Com base nessa regulamentação:

*Art. 6º Compete ao Cirurgião-Dentista*

.  
.  
.

*V – Aplicar anestesia local e troncular.*

A resolução nº 852/78 do CFM, autoriza a realização de anestesia geral somente ao Médico Anestesista.

Portanto, quando houver necessidade de realização de anestesia geral para atuação odontológica, o CD deverá contar com o auxílio do Médico-anestesista para que em conjunto possam atender o paciente.



O Código Penal prevê a proibição do exercício ilegal da profissão no artigo 282, abaixo prescrito:

*Art. 282. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites.*

A Constituição Federal, no seu artigo 5º, inciso XIII, preceitua que *“é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a Lei estabelecer.”*

Assim, aquele que, sem as devidas qualificações, exercer tal atividade estará infringindo uma norma constitucional punida pela Lei penal, acima descrita, com pena de seis meses a dois anos de detenção.

## **2.2. LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL**

A Ética profissional não limita nem restringe a atuação do Cirurgião-Dentista. Ao contrário, ela fixa e delimita o seu campo de atuação.

A resolução CFO – 179/91, que entrou em vigor em 1º de agosto de 1992, deixa claro as competências e proibições do CD no ambiente hospitalar.

### *Capítulo IX – Da Odontologia Hospitalar*

*Art. 16. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.*

*Art. 17. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normas do Conselho Federal.*

*Art. 18. Constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia.*

Desde 1992, o Código de Ética Profissional permitia ao CD fazer internação e assistir pacientes, mas sempre alertando o profissional a obedecer seus limites, para não constituir infração ética.

Essas competências permitidas foram confirmadas no Art. 44 da Resolução 185/93 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, conforme segue:

“Os Cirurgiões-Dentistas somente poderão realizar cirurgias sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, cujo diretor técnico seja médico, e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, considerando-se prática atentatória à ética a solicitação e/ou realização de anestesia geral em consultório de Cirurgião-Dentista, de médico ou em ambulatório.”

Várias especialidades odontológicas utilizam o ambiente hospitalar, decorrente de diversas situações com que o CD pode se deparar, porém o CTBMF apresenta-se mais próximo dessa realidade, uma vez que grande parte dos procedimentos são executados por intermédio de anestesia geral, o que constitui prática atentatória à ética como no artigo acima descrito.

A Odontologia Hospitalar deve receber atenção especial por caracterizar-se com a presença de intervenção multidisciplinar, por que muitas vezes os CDs vão além de seus limites. Apesar disso, não pode ser designado como especialidade odontológica.

O Art. 39, da Resolução 185/93 que aprova a Consolidação de Normas e procedimentos nos Conselhos de Odontologia, refere-se às especialidades odontológicas :

*“Os registros e as inscrições somente poderão ser feitos nas seguintes especialidades:*

- a) Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais;*
- b) Dentística Restauradora;*
- c) Endodontia;*
- d) Odontologia Legal;*
- e) Odontologia em Saúde Coletiva;*
- f) Ondontopediatria;*
- g) Ortodontia;*
- h) Patologia Bucal;*
- i) Periodontia;*
- j) Prótese Buco-Maxilo-Facial;*
- k) Prótese Dentária;*
- l) Radiologia;*
- m) Implantodontia; e*
- n) Estomatologia.”*

A Resolução CFO – 205/96, publicada em 20 de dezembro de 1996, fixou as normas para reconhecimento ou credenciamento do curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais:

*Art. 1º. Os cursos de especialização em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais somente poderão ser reconhecidos ou credenciados*

*pelo Conselho Federal de Odontologia quando realizados sob a modalidade de residência.*

*Art. 2º. O Conselho Federal de Odontologia, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, baixará Decisão regulamentando a residência em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, realizados nos moldes das normas em vigor, cujos pedidos de reconhecimento ou credenciamento ou de sua renovação tenham sido recebidos pelos respectivos Conselhos Regionais até a data da publicação desta Resolução.*

*Art. 3º. Serão respeitados os direitos dos cursos de especialização em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, realizados nos moldes das normas em vigor, cujos pedidos de reconhecimento ou credenciamento ou de sua renovação tenham sido recebidos pelos respectivos Conselhos Regionais até a data da publicação desta Resolução.*

*Art. 4º. Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.*

A proximidade da CTBMF aos hospitais é imprescindível devido à obrigatoriedade de convênio firmado entre cursos de especialização e estes estabelecimentos, preenchendo os requisitos descritos no Art. 66 da Resolução CFO – 209/97 para que se estabeleça reconhecimento do especialista, que apenas será feito caso o faça sob modalidade de residência descrito no Art. 1º da Resolução CFO – 205/96, citada anteriormente.

O Art. 166 da Resolução – 209/97, alínea “c”, afirma que “*no caso específico de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, além das exigências citadas, deverá ser comprovada a existência de convênios oficiais com hospitais que, no total, apresentem número mínimo de 100 (cem) leitos; serviço de pronto atendimento de 24 (vinte e quatro) horas/dia; comissão de controle de infecção hospitalar; centro cirúrgico equipado; U.T.I.; serviço de Imageologia; laboratório de análises clínicas; farmácia hospitalar; especialidades de clínica médica; cirurgia geral; ortopedia; neuro-cirurgia e anestesiologia; e Departamento, Setor ou Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.*”

O Art. 41. da Resolução CFO – 209/97 define, de forma mais completa que a *American Dental Association (ADA)*, a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial como sendo “*a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e coadjuvante das doenças, traumatismos, lesões e anomalias congênitas e adquiridas do aparelho mastigatório e anexos, e estruturas crânio-faciais associadas.*”

Outros artigos da mesma Resolução esclarecem a situação desta especialidade quanto às formalidades para a existência de curso de especialização:

*Art. 156. Exigir-se-á uma carga horária mínima de 2000 (duas mil) horas-aluno para a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, de 1000 (mil) horas-aluno para as especialidades de Ortodontia e de Implantodontia, de 750 (setecentos e cinquenta) horas-aluno para a especialidade de Prótese Dentária e de 500 (quinhentas) horas-aluno para as demais especialidades.*

*§3º. Os cursos poderão ser ministrados em uma ou mais etapas, exceção feita para cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, não excedendo o prazo de 18 (dezoito) meses consecutivos para o cumprimento da carga horária nos cursos de 500 (quinhentas) horas, 24 (vinte e quatro) meses nos de 750 (setecentos e cinquenta) e 36 (trinta e seis) meses para os demais.*

*Art. 166. Os certificados de especialização, expedidos por instituições de ensino superior, somente poderão ser registrados no Conselho Federal de Odontologia se tiverem sido atendidas, além daquelas estabelecidas no capítulo anterior, as seguintes exigências:*

*a) o número máximo de alunos matriculados em cada curso é de 12 (doze), exceto nos cursos de Odontologia em Saúde Coletiva, em que esse número pode chegar a 30 (trinta) alunos. No caso de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, haverá uma entrada anual de alunos, respectivamente e 4 (quatro) ou 6 (seis), na dependência de o curso ser ministrado em 3 (três) ou 2 (dois)*

*anos, respeitado sempre o limite de 12 (doze) no somatório das turmas.*

*Art. 168. O registro no Conselho Federal de Odontologia de certificado e curso de especialização expedido por entidades atende, além daquelas estabelecidas no capítulo I, as seguintes exigências:*

*f) a jornada semanal de aulas obedecerá ao limite máximo de 30 (trinta) horas e o mínimo de 12 (doze) horas, respeitado o máximo de 8 (oito) horas diárias, exceto no caso de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, quando será exigida uma carga horária semanal mínima de 20 (vinte) horas.*

As alíneas “g” e “h” desta resolução são idênticas às duas alíneas do Art. 166, já citadas anteriormente.

A Resolução CFO – 185/93 aprova a consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia e revoga a Resolução CFO – 155/84, a partir de 26 de abril de 1993. Em 1997, a Resolução CFO – 209/97 alterou dispositivos aprovados pela Resolução CFO – 185/93.

A Resolução CFO – 209/97 tem um capítulo específico que trata das atribuições e competências da CTBMF:

*Art. 42. As áreas de competência para atuação do especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais incluem:*

*a) implantes, enxertos, transplantes e reimplantes;*



- b) biópsias;*
- c) cirurgia com finalidade protética;*
- d) cirurgia com finalidade ortodôntica;*
- e) cirurgia ortognática;*
- f) tratamento cirúrgico de cistos; afecções radiculares e periradiculares; doenças das glândulas salivares; doenças da articulação têmporo-mandibular; lesões de origem traumática na área buco-maxilo-facial; malformações congênitas ou adquiridas dos maxilares e da mandíbula; tumores benignos da cavidade bucal; tumores malignos da cavidade bucal, quando o especialista deverá atuar integrado em equipe de oncologista; e de distúrbio neurológico, com manifestação maxilo-facial, em colaboração com neurologista ou neurocirurgião.*

*Parágrafo único. Em caso de acidentes cirúrgicos, que acarretem perigo de vida ao paciente, o cirurgião-dentista poderá lançar mão de todos os meios possíveis para salvá-lo.*

*Art. 43. É vedado ao cirurgião-dentista o uso de via cervical infra-hioídea, por fugir ao domínio de sua área de atuação, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estético-funcionais do aparelho mastigatório.*

A norma citada veta expressamente ao especialista desta área a atuação na via cervical infra-hióidia, ainda a proibição da prática de cirurgia de caráter exclusivamente estético, permitindo somente as ortognáticas.

*Art. 44. Os cirurgiões-dentistas somente poderão realizar cirurgias sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, cujo diretor técnico seja médico, e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, considerando-se prática atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório de cirurgião-dentista, de médico ou em ambulatório.*

*Art. 45. Somente poderão ser realizadas, em consultório ou ambulatórios, cirurgias passíveis de serem executadas sob anestesia local.*

Ficou estabelecido que em se tratando de cirurgias que dispensem a anestesia geral, é permitida a atuação em ambulatório ou consultório odontológico e, em situação de anestesia geral, o especialista iniciará e consumará o ato cirúrgico em ambiente hospitalar, observados os requisitos quanto à indispensabilidade de direção médica e aparelhamento comum a qualquer centro cirúrgico. A não observância destas determinações infringirá a Ética.

Quanto à responsabilidade profissional do Cirurgião-Dentista especialista em CTBMF, atuando em ambiente hospitalar, até agora nada

foi comentado. Em caso de morte, o atestado de óbito é emitido pelo médico presente ou pelo IML, de acordo com o Art. 46:

*Art. 46. Quando o êxito letal for atingido como resultado do ato cirúrgico odontológico, deverá ser atestado óbito fornecido pelo médico que tenha participado do ato cirúrgico ou pelo Instituto Médico Legal.*

Outros artigos referem-se a esta especialidade:

*Art. 47. Nos casos de enxertos autógenos, cuja região doadora se encontre fora da área buco-maxilo-facial, os mesmos deverão ser retirados por médicos.*

Esse artigo impossibilita ao CD realizar procedimento cirúrgico quando a área doadora do enxerto estiver fora da área de atuação. O procedimento deve ser realizado pelo médico.

*Art. 48. Nos casos de doenças das glândulas salivares, com expansão ou comprometimento que atinjam regiões fora da área buco-maxilo-facial, de tumores malignos da cavidade bucal e de distúrbios neurológicos com manifestações maxilo-faciais, é imprescindível que o cirurgião-dentista atue integrado com o médico.*

*Art. 49. Em lesões de interesse comum à Odontologia e à Medicina, referida no artigo anterior, a equipe cirúrgica deverá ser obrigatoriamente constituída de médico e cirurgião-dentista, para a adequada segurança do resultado pretendido, ficando então a equipe sob a chefia do médico.*

*Parágrafo único. As traqueostomias eletivas deverão ser realizadas por médicos.*

Conforme os artigos apresentados, médicos e especialistas em CTBMF deverão atuar em equipe quando envolverem áreas tidas como fora do campo de atuação do CD especialista, ficando a chefia da equipe com o Médico.

Os Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, em Brasília – DF, 3 de março de 1999, estabeleceram em caráter permanente uma câmara técnica, visto a *“necessidade de permanente reavaliação, readequação de suas normas devido ao progresso científico das ciências médicas e odontológicas.”* Essa câmara técnica é composta pelo CFO, CFM, Sociedades de Especialidades de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reparadora, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Considerando a Resolução CFM – 1536/98, que visa a segurança do paciente e dos profissionais, o Conselho Federal de Odontologia, através da Resolução CFO – 003/99 (Rio de Janeiro, 26 de fevereiro de 1999),

baixa normas para prática da CTBMF, por cirurgião-dentista, exposta em 7 artigos a seguir:

*Art. 1º. Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando à adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.*

*Art. 2º. É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista.*

*Art. 3º. O cirurgião-dentista, quando da solicitação para realização de anestesia geral em regime hospitalar, deve seguir a orientação da Resolução CFM n 1.363/93 que dispõe sobre condições de segurança em ambiente cirúrgico bem como de acordo com o artigo 44 da Consolidação de Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO – 185/93.*

*Art. 4º. Nos procedimentos em pacientes politraumatizados, o cirurgião-dentista membro das equipes de atendimento de urgência deve obedecer um protocolo de prioridade de atendimento do paciente, devendo sua atuação ser definida pela prioridade das lesões do paciente.*

*Art. 5º Ocorrendo o óbito do paciente submetido à Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou*

*pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.*

*Art. 6°. O cirurgião-dentista é responsável direto pelo seu paciente quando de internação hospitalar.*

*Art. 7°. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.*

Deve-se ressaltar a mudança apresentada pelo Art. 2º em relação as Resoluções anteriores que permitiam o tratamento cirúrgico de glândulas salivares maiores e tumores malignos, ao Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial, desde que o acesso fosse supra-hioídea, hoje somente permitida a execução aos médicos.

Segundo a Resolução CFO, supracitada, o Cirurgião-Dentista é responsável pela internação hospitalar do paciente, responsável civil e criminalmente por todos os atos executados, porém quem emite o atestado de óbito é o Serviço de patologia ou o IML.

### **3. PROPOSIÇÃO**

O presente trabalho teve como objetivo:

Avaliar a situação dos Cirurgiões-Dentistas, especialistas em CTBMF, em entidades hospitalares, tanto na visão do CD, como na da própria entidade, buscando verificar:

- a) o grau de conhecimento dos CDs quanto aos limites legais da atuação;
- b) qual é o grau de aceitação dos CDs por parte do corpo médico e da coordenação do hospital;
- c) se a formação que recebem está de acordo com o necessário para atuar em ambiente hospitalar;
- d) a existência de especialista em CTBMF em uma equipe médica;
- e) o grau de conhecimento quanto à responsabilidade profissional.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1. CRITÉRIO DE ESCOLHA DOS PROFISSIONAIS EM ESTUDO**

Foram distribuídos questionários aos profissionais especialistas em CTBMF, registrados no CROSP, que atuam na região de Artur Nogueira, Estiva Gerbi, Holambra, Itapira, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santo Antônio de Posse (Baixa Mogiana) e Campinas, cujos endereços foram fornecidos pelo próprio Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Também foram distribuídos questionários às entidades hospitalares das respectivas cidades, com endereços fornecidos pelas Prefeituras Municipais.

### **4.2. COLETA DE DADOS**

Confeccionaram-se 72 questionários, com questões estruturadas e abertas, direcionadas ao Cirurgião-Dentista (Anexo), especialista em CTBMF (45 questionários) e Coordenadores ou Diretores (Anexo) de entidades hospitalares (27 questionários). Coube aos participantes auto-determinar sua função. Os participantes receberam uma carta, além das respectivas autorizações anexadas, solicitando-os a participarem dessa pesquisa. Como os questionários foram identificados, foi lhes assegurada a



confidencialidade das informações prestadas, além do uso exclusivo para fins de pesquisa.

O retorno para coleta dos dados foi previamente combinado com os profissionais. Se neste período os mesmos não fossem entregues, ainda poderiam ser enviados pelo correio, em envelope entregue já com nome devidamente selado.

#### **4.3. DOS QUESTIONÁRIOS**

Na análise das amostras, primeiramente levantaram-se as características referentes ao sexo. Para as variáveis profissionais, foram formuladas as seguintes questões aos CDs: idade, local de trabalho, tempo de exercício profissional, faculdade onde se graduou, cidade onde trabalha, tempo que atua na área, se tem vínculo empregatício com alguma instituição hospitalar e sua configuração jurídica, se conhece os limites impostos pelas Resoluções do CFO e CFM, qual é o grau de aceitação por parte da entidade e dos médicos, se a especialidade em CTBMF é competente para atuar junto a uma equipe médica.

Para os coordenadores ou diretores de entidades hospitalares formularam-se as seguintes questões: nome da entidade, configuração jurídica, se tem pronto atendimento 24h, se a equipe apresenta setor

odontológico, se faz parte da equipe o neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista e anestesiológico, se há especialista em CTBMF na equipe médica, se tem conhecimentos das últimas Resoluções do CFO e CFM, se tem conhecimento de quem é a responsabilidade legal caso ocorra óbito e se tem possibilidade de atendimento a pacientes especiais e a necessidade de o CD ser vinculado à instituição.

#### **4.4. CONSENTIMENTO DA PESQUISA**

O protocolo de pesquisa deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP e aprovado, sob o nº 089/2001, em 04 de julho de 2001, estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para o desenvolvimento do presente trabalho enviaram-se 72 questionários dos quais 23 (51,1%) foram respondidos pelos CDs e 21 (77,7%) pelos diretores ou coordenadores de entidades hospitalares.

### **5.1. Cirurgiões-Dentistas – Especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.**

Com base nos questionários respondidos pelos Cirurgiões-Dentistas, foram obtidos dados relativos à distribuição dos mesmos segundo sexo dentro da especialidade de CTBMF, bem como o tempo de exercício profissional, o tempo de atuação na especialidade, a configuração jurídica das faculdades de graduação dos CDs especialistas e seu vínculo empregatício em entidades hospitalares, públicas ou privadas. Tais informações permitem um maior conhecimento a respeito dessas características visto que nada foi encontrado na literatura consultada.

Como se pode observar, a maioria dos especialistas são do sexo masculino (78,3%). Quanto ao sexo feminino representam 21,7%, conforme mostra a Figura 1.

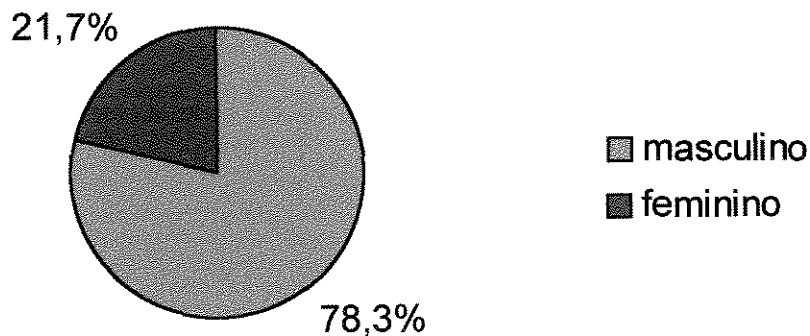


Figura 1 - Distribuição dos cirurgiões-dentistas quanto ao sexo (n=23).

A Figura 2 mostra o tempo de exercício profissional dos CDs. A maioria situa-se na faixa de 11 a 15 anos (35%) enquanto 30%, de 16 a 20 anos de acordo com a Figura 2.

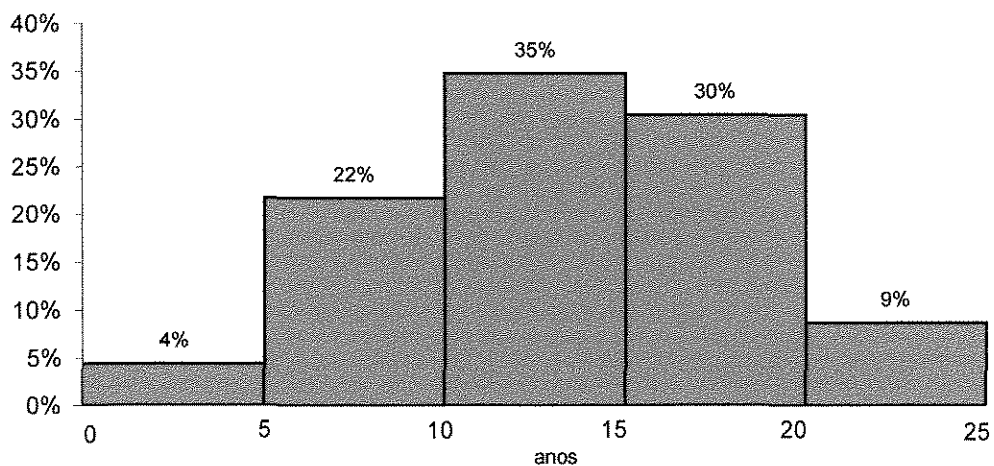


Figura 2 - Distribuição dos CDs quanto ao tempo de exercício profissional (n=23).

Quanto ao tempo de atuação na especialidade, a maioria dos profissionais atua entre 06 e 10 anos (35%) e 16 a 20 anos (35%) de acordo com a Figura 3.

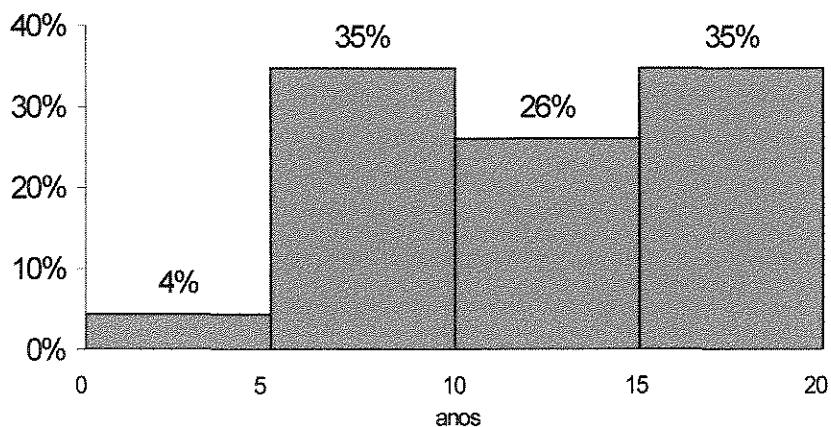


Figura 3 – Distribuição dos CDs quanto ao tempo que atua na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (n=23).

A Figura 4 traz os dados sobre a configuração jurídica das Faculdades onde os CDs fizeram a graduação; a maioria (61%) formou-se em entidades privadas.

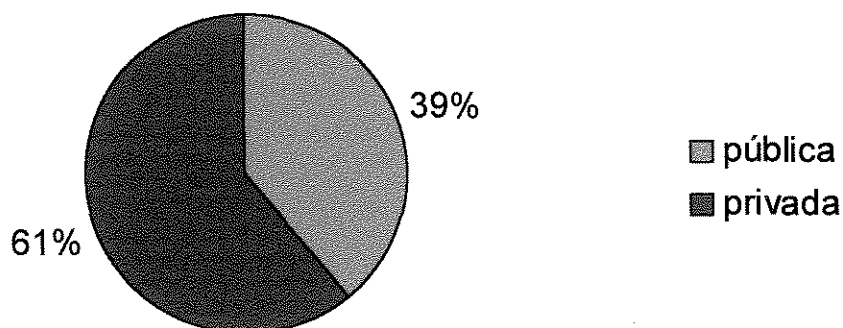


Figura 4 – Distribuição quanto à configuração jurídica das Faculdades de graduação dos CDs (n=23).

No setor de trabalho, a maioria dos Cirurgiões-Dentistas não têm vínculo empregatício com entidades hospitalares (Figura 5).

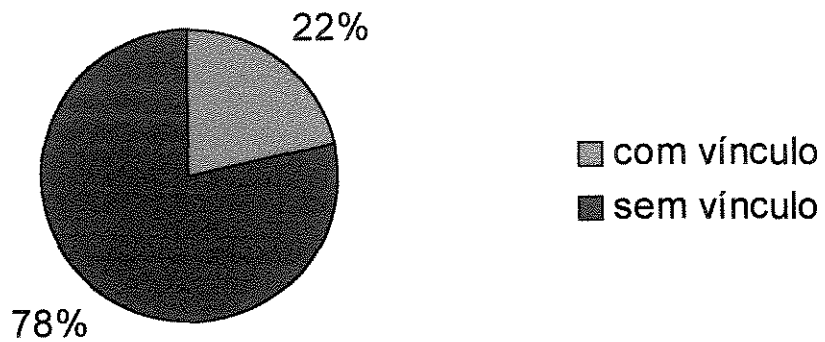


Figura 5 – Distribuição dos profissionais quanto ao setor de trabalho (n=23).

Dessas entidades, a maioria dos especialistas em CTBMF freqüentaram instituições privadas, conforme ilustra a Figura 6.

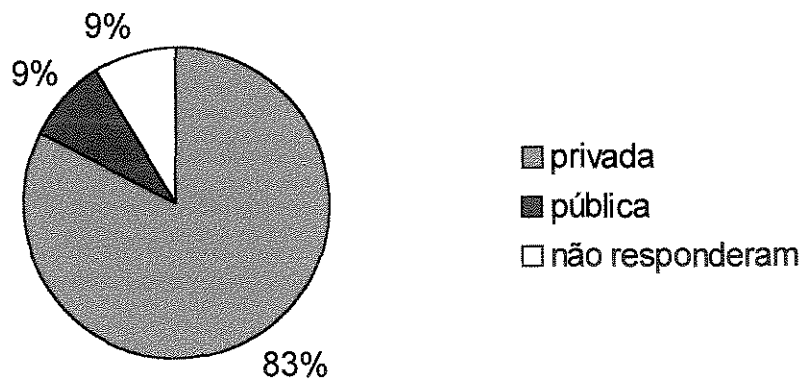


Figura 6 – Distribuição da configuração jurídica das entidades hospitalares (n=23).

A Figura 7 mostra o grau de aceitação da atuação de especialistas por parte do corpo médico e da coordenação hospitalar, que foi boa em 43% das respostas, contrariando FERREIRA (1997), que afirma haver uma aceitação péssima por parte do corpo médico.

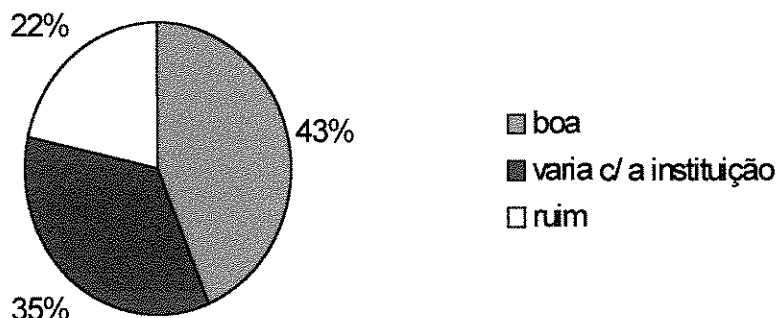


Figura 7 – Distribuição quanto ao grau de aceitação dos CDs pelo corpo médico e pela coordenação hospitalar (n=23).

A maioria dos especialistas em CTBMF (82,6%) consideram que o curso de especialização torna-os capacitados para executar, com segurança, os procedimentos que lhe são cabíveis, conforme representada na Figura 8. Já ANDRADE (1999), sugere que os cursos de pós-graduação sejam mais exigentes, para formarem profissionais mais qualificados.



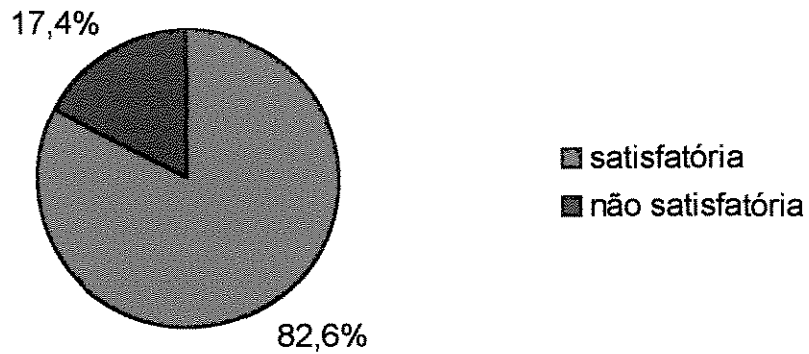


Figura 8 – Distribuição quanto à qualidade do curso de especialização (n=23).

A maioria dos CDs acham que os médicos especialistas em cirurgia de cabeça e pescoço têm sua atuação comprometida com a falta de conhecimento de áreas específicas, morfológicas e funcionais de domínio do Cirurgião-Dentista, no complexo maxilo-mandibular (Figura 9). Esta falta de limites quanto à atuação acontece na prática profissional entre o Cirurgião e Traumatologista Buco Maxilo Facial e especialidades médicas (ELLIS III, 1993; CALVIELLI, 1997; ANDRADE, 1999, SEIXAS, 2001). Mais recentemente, a Resolução CFO – 003/99 impôs novos limites de atuação do CD especialista em CTBMF, após terem várias reuniões entre o CFO, CFM e outras entidades interessadas.

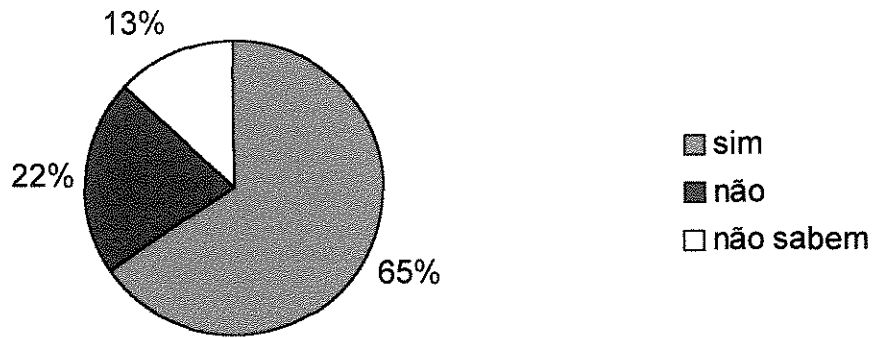


Figura 9 – Distribuição quanto a atuação comprometida do médico especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço (n=23).

No que tange ao conhecimento dos limites legais de atuação impostos pelos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, 65% têm conhecimento e 35% não (Figura 10). Apesar de o conteúdo legal da especialidade ter sido ministrado durante o curso, muitos mostraram não conhecê-lo, visto as recentes modificações nas legislações.

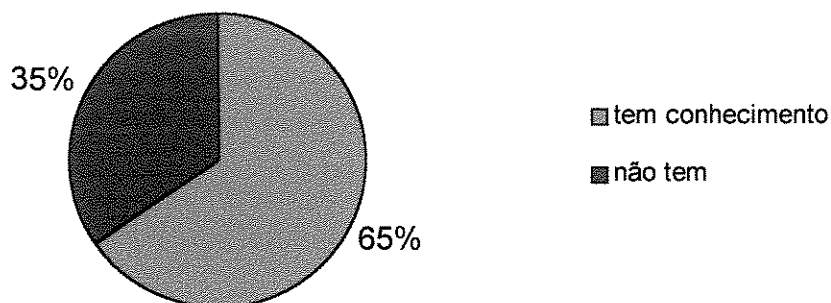


Figura 10 – Distribuição dos CDs quanto ao conhecimento dos limites legais impostos pelo CFO e CFM (n=23).

As figuras a seguir mostrarão as respostas dos CDs quanto aos procedimentos de atuação ou que poderiam atuar, dentro dos limites legais (Figuras 11, 12, 13, 14, 15 e 16).

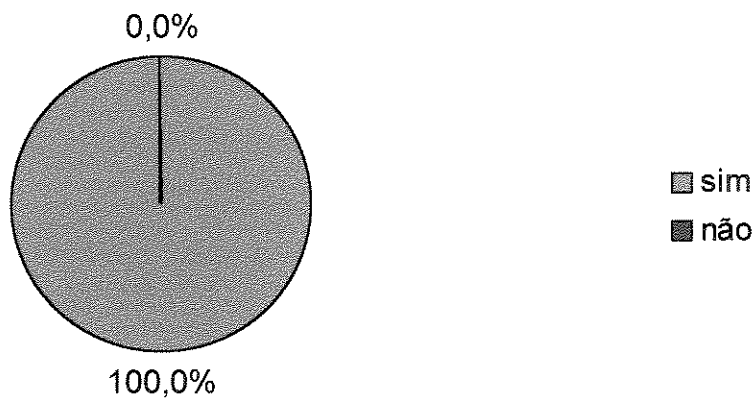


Figura 11 – Execução de Biópsias pelos especialistas em CTBMF (n=23)

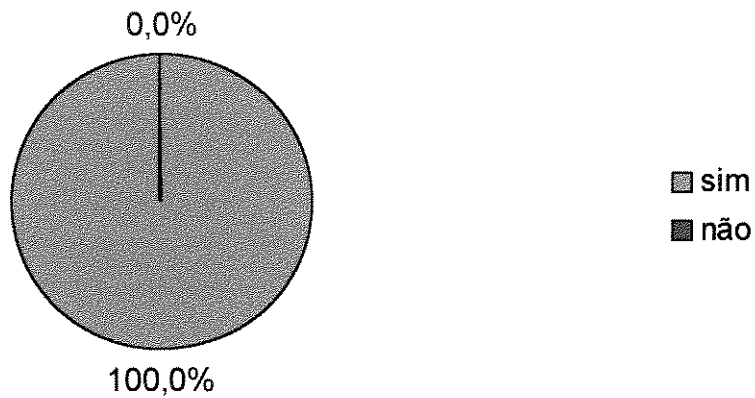


Figura 12 – Execução de tratamento cirúrgico de cistos (n=23)

Todos os especialistas responderam que possuem capacidade legal para execução de biópsias e cistos. Eles estão respaldados pelo Art. 42 da Resolução CFO – 209/97.

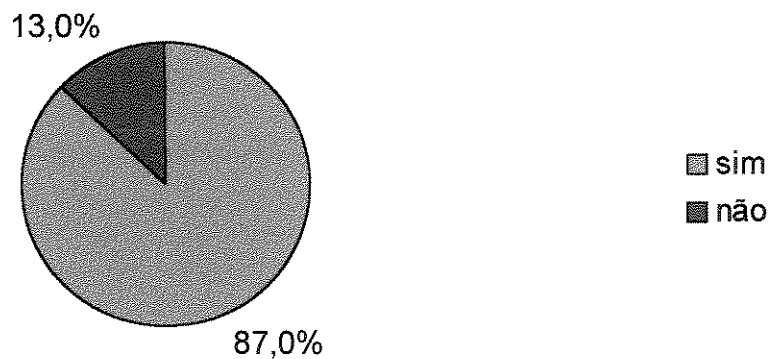


Figura 13 – Execução de Cirurgia Ortognática pelo especialista (n=23)

Uma minoria dos profissionais (13%) não fazem cirurgias ortognáticas, talvez, não por acharem que foge de sua competência, mas sim por falta de treinamento específico, ou mesmo por falta de residência hospitalar que em alguns casos não era obrigatório, fato que foi consolidado a partir da Resolução CFO – 205/96.

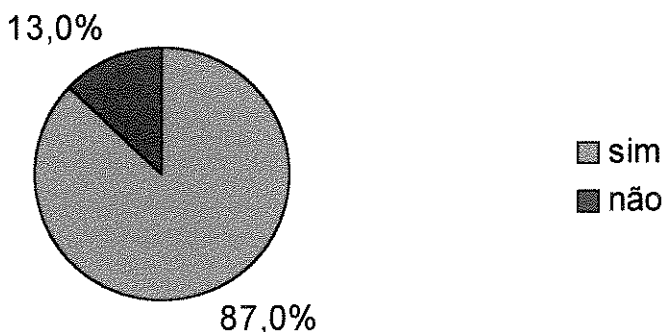


Figura 14 - Tratamento de tumores benignos da cavidade bucal  
(n=23)

A maioria dos profissionais consultados (87%) executam o tratamento de tumores benignos da cavidade bucal, estando assim, esta maioria de acordo com a Legislação que vigora.

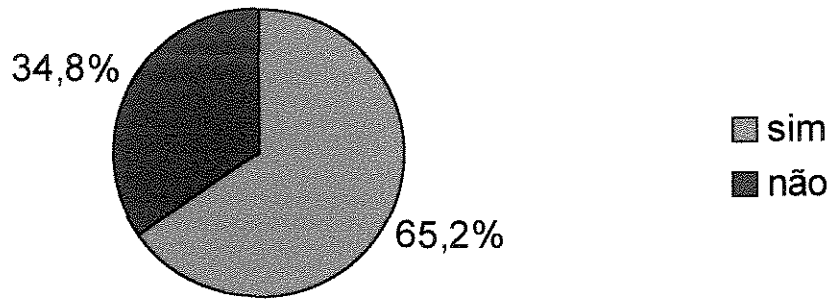


Figura 15 – Execução de tratamento de tumores malignos na cavidade bucal (n=23)

Dos especialistas, 65,2% tratam de tumores malignos na cavidade bucal. A execução de tal procedimento contraria a Resolução CFO – 003/99, o Art. 18 do Código de Ética Odontológica, ficando sujeitos a serem punidos pelo Art. 282 do Código Penal.

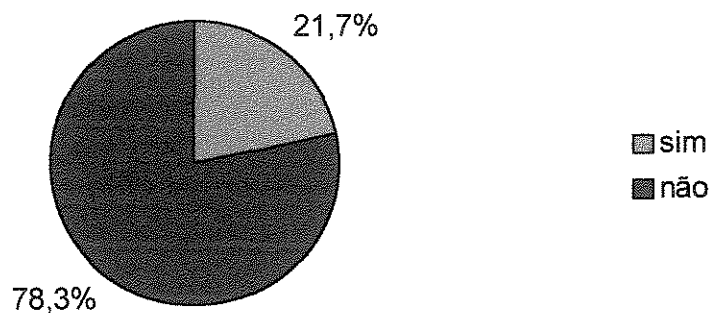


Figura 16 – Tratamento de doenças de glândulas salivares maiores (n=23)

O mesmo ocorre com o tratamento de glândulas salivares maiores - 21,7% dos profissionais executam tal procedimento (Figura 16), contrariando o Art. 18 do Código de Ética Odontológica e a Resolução CFO – 003/99, que atribui este procedimento exclusivamente aos médicos.

## 5.2. Coordenadores e Diretores de Entidades Hospitalares

Com base nos questionários respondidos pelos coordenadores ou diretores de entidades hospitalares, foram obtidos dados relativos à configuração jurídica de hospitais e a presença ou não de pronto atendimento 24 horas, nada encontrados na literatura.

Após a apuração dos dados, observou-se que 52,4% são entidades privadas e 47,6% são entidades públicas (Figura 17).

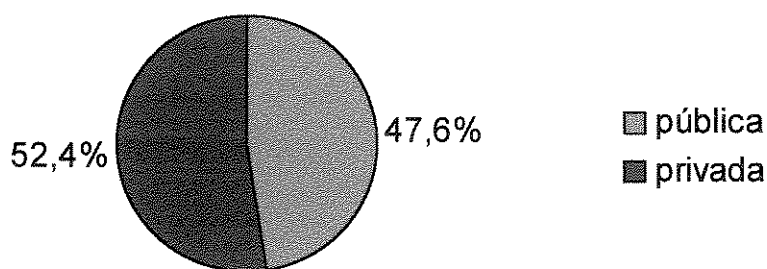


Figura 17 – Distribuição quanto à configuração jurídica das entidades hospitalares (n=21).

A maioria das entidades hospitalares (95,2%) apresentam serviço de pronto atendimento 24 horas, conforme mostrado na Figura 18, abaixo.

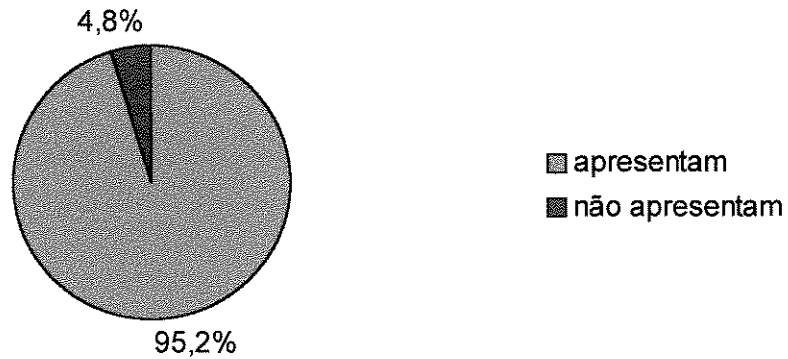


Figura 18 – Distribuição quanto ao serviço de atendimento 24 horas (n=21).

Observou-se que 76,2% dos hospitais apresentam serviços de neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista e anestesiológico, em suas equipes médicas, como se pode observar na Figura 19.



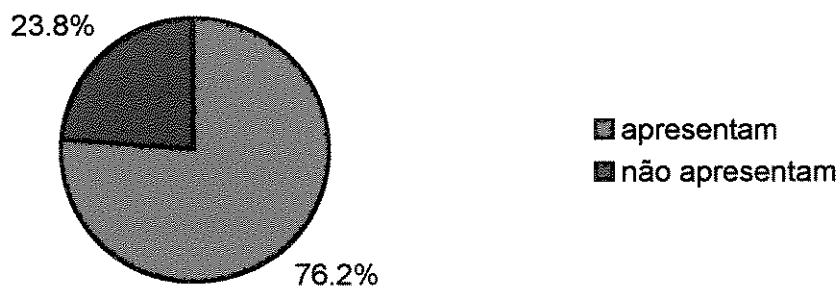


Figura 19 – Distribuição quanto a presença de diferentes especialidades na equipe médica (n=21).

Somente 47,6% dos hospitais não apresentam setor odontológico (Figura 20).

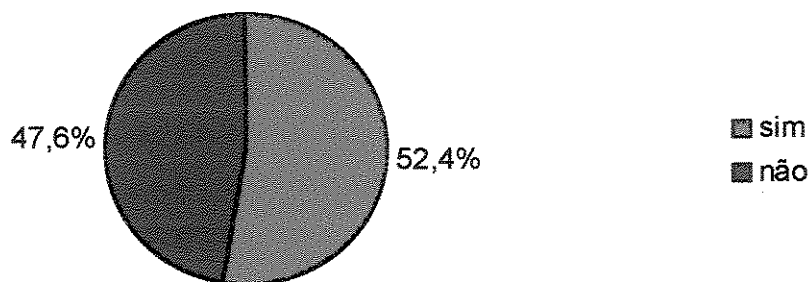


Figura 20 – Presença de setor odontológico na entidade (n=21).

Observou-se que 52,4% das entidades não contam com a presença de especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais

na equipe médica, conforme representada na Figura 21. Dessa forma, a entidade mostra-se carente e defasada em relação às entidades que contam com essa especialidade, trabalhando em equipe multidisciplinar, em conjunto com cirurgiões plásticos, ortopedistas, anesthesiologistas, entre outros profissionais (HUNTER, 1996; ANDRADE, 1999; CROSP, 2000; SEIXAS, 2001).

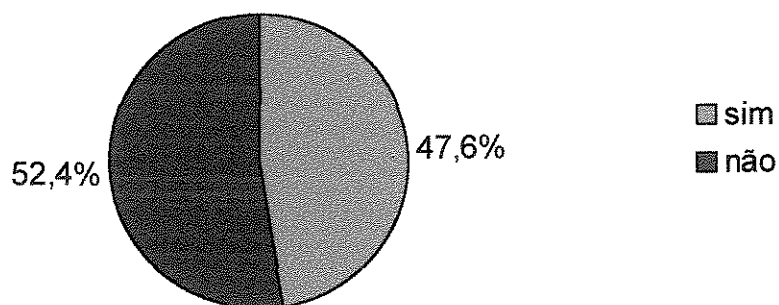


Figura 21 – Presença de especialista em CTBMF na equipe médica (n=21).

Nos procedimentos odontológicos em pacientes especiais, que requerem anestesia geral, tem-se pouco conhecimento quanto à responsabilidade legal, caso haja óbito (Figura 22). O médico, quando presente nas intervenções por Cirurgiões-Dentistas, responde solidariamente, mas o responsável civil e criminalmente pelo paciente é o próprio Cirurgião-Dentista, quando culpado pela causa morte.

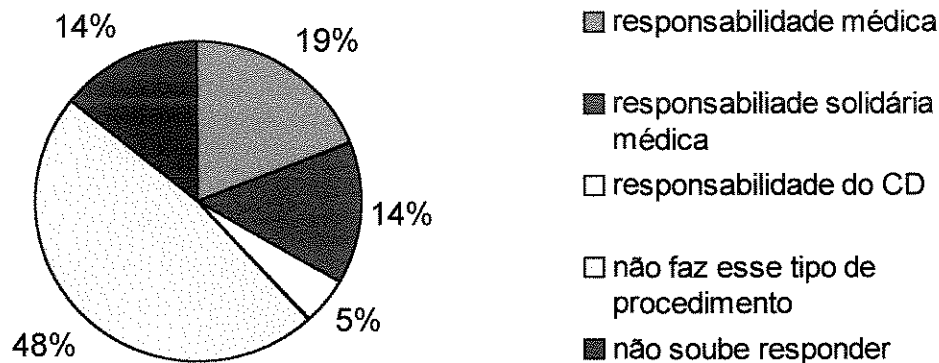


Figura 22 - Distribuição do conhecimento da responsabilidade legal de procedimentos executados sob anestesia geral (n=21).

Para a maioria (54,5%), não há necessidade de vínculo do Cirurgião-Dentista com a instituição, para execução dos tratamentos citados anteriormente, conforme a Figura 23.

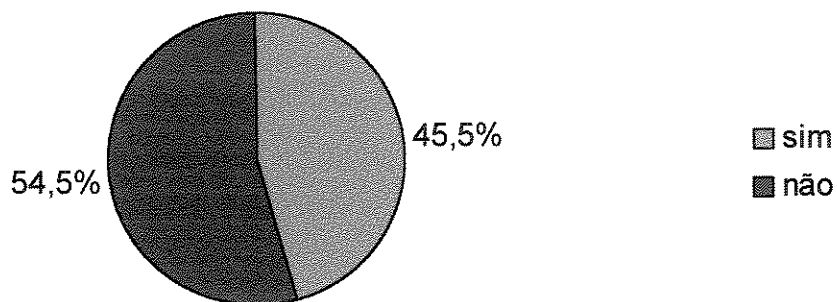


Figura 23 – Distribuição quanto à necessidade de os CDs possuírem vínculo com a Entidade (n=11).

Entre os CDs que não possuem vínculo, a maioria (66,7%) tem a possibilidade de execução dos tratamentos citados anteriormente nas entidades hospitalares, contra 33,3% que não têm essa possibilidade conforme representado na Figura 24.

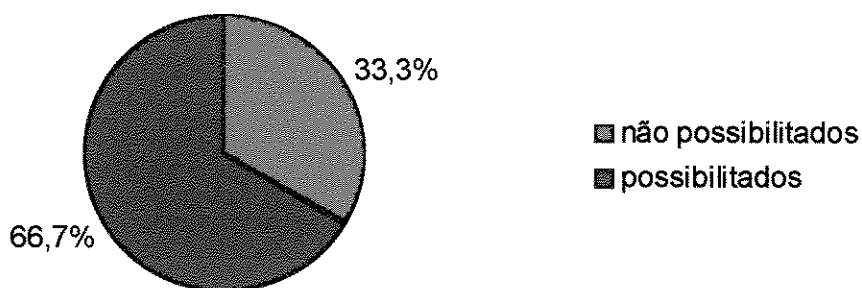


Figura 24 – Distribuição do número de CDs possibilitados a executarem procedimentos nos Hospitais, sem vínculo com a Instituição (n=6).

As figuras a seguir referem-se aos responsáveis pela execução de procedimentos. As Figuras 25 e 26 mostram que a maioria (70%) das biópsias e cirurgias ortognáticas são feitas pelo CD, de acordo com a Resolução CFO – 209/97.

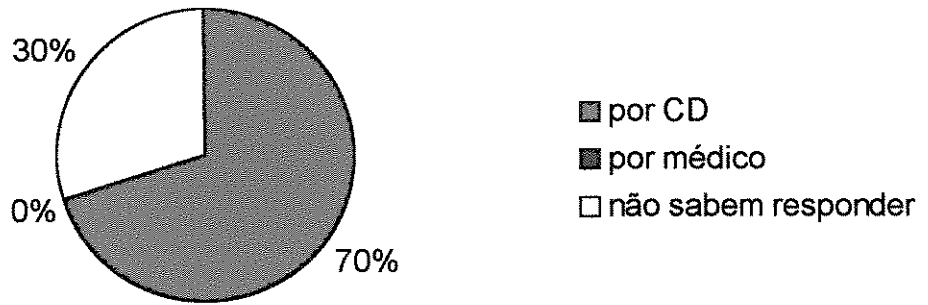


Figura 25 – Execução de biópsias da região do complexo maxilo-mandibular (n=10).

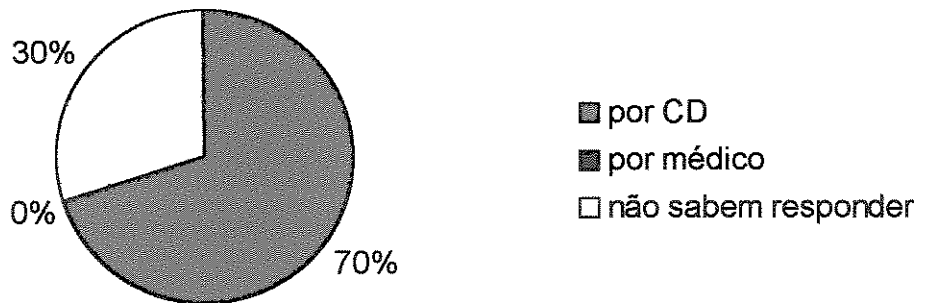


Figura 26 – Execução de Cirurgias Ortognáticas (n=10).

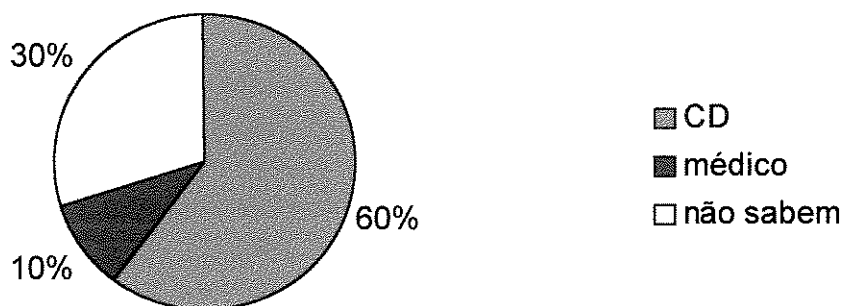


Figura 27 – Execução de tratamento de lesões de origem traumática do complexo maxilo-mandibular (n=10)

Quanto à execução de tratamento de lesões de origem traumática do complexo maxilo-mandibular e de tumores benignos na cavidade bucal (Figuras 27 e 28), a maioria estava de acordo com a Resolução CFO - 209/97, de execução exclusiva do CD. Porém parte dos achados mostrou que eram executados por médicos, contrariando a resolução supra-citada, em seu Art. 42, estando sujeitos também a serem punidos pelo Art. 282 do Código Penal.

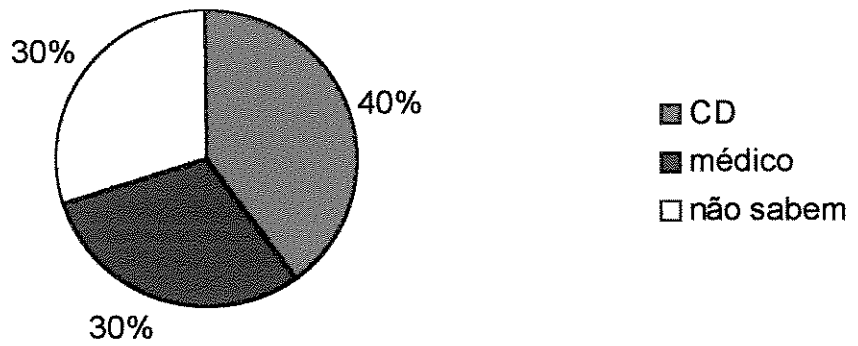


Figura 28 – Execução de tratamento de tumores benignos na cavidade bucal (n=10).

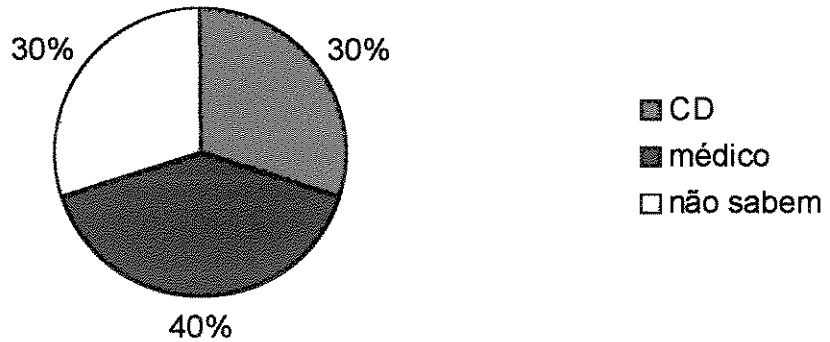


Figura 29 – Execução de tratamento de doenças das glândulas salivares maiores (n=10).

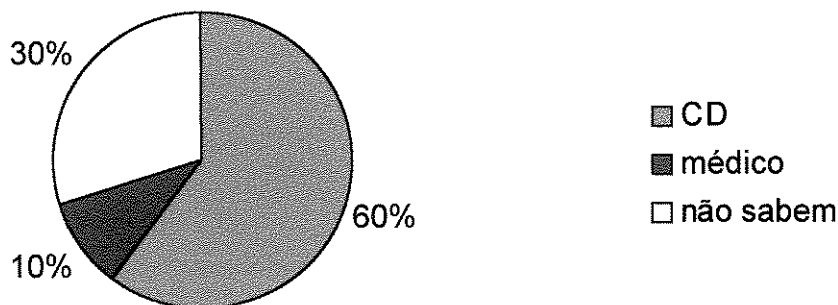


Figura 30 – Execução de tratamento de tumores malignos da cavidade bucal (n=10)

Quanto à execução de tratamento de doenças das glândulas salivares maiores e de tumores malignos da cavidade bucal (Figuras 29 e 30) grande parte é executada por CDs. Entretanto, estas, são atribuições exclusivas dos médicos, faltando novamente informação quanto aos limites legais destas profissões (ELLIS III, 1993; AMEERLLY *et al.*, 1994; ANDRADE, 1999). O CD acaba infringindo a Resolução CFO - 003/99, o Art.18 do Código de Ética Odontológica, e o Código Penal, no seu Art. 282.



## 6. CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados obtidos, pode-se concluir que:

- a) parte dos Cirurgiões-Dentistas, especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais, precisam atualizar-se quanto a Legislação vigente que envolve a categoria e, principalmente conhecimento da Resolução CFO – 003/99, visto que 65,2% dos especialistas executam tratamento de tumores malignos na cavidade bucal e, 21,7% executam tratamento de glândulas salivares maiores. Esses elementos, mostram que os mesmos estão excedendo os seus limites de atuação;
- b) 22% dos especialistas têm uma aceitação ruim por parte do corpo médico e da coordenação hospitalar, e 35% afirmam que a aceitação varia de acordo com a instituição;
- c) a maioria dos CDs (82,6%), especialistas em CTBMF, consideram que o curso de especialização tornou-os capacitados para executar, com segurança, os procedimentos que lhes são cabíveis, atuando ou não em ambiente hospitalar;

- d) mais da metade das entidades hospitalares (52,4%) não possuem Cirurgião-Dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais junto à equipe médica, deixando, assim, a mesma carente e defasada em relação às entidades que apresentam;
- e) há necessidade de maior divulgação de preceitos legais, tanto entre os Cirurgiões-Dentistas quanto entre as entidades hospitalares, visto que grande parte destas não sabiam ou direcionavam a responsabilidade aos médicos, e somente 5% efetivamente conheciam.

A Odontologia Hospitalar vem ganhando espaço e reconhecimento por parte dos profissionais da saúde e da própria população e nesse sentido, torna-se necessária uma maior interação do Cirurgião-Dentista com equipes multidisciplinares para elaboração de diagnóstico e planejamento do tratamento aos pacientes

Além disso, faz-se necessário um maior empenho da categoria, procurando atualizar-se não apenas quanto aos procedimentos odontológicos. É preciso estar atento à Legislação vigente e aos limites de sua atuação, conscientizando-se de sua importância na promoção de um atendimento odontológico de qualidade e de forma segura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

AMEERALLY, P. *et al.* So you think the know what we do? The public and professional perception of oral and maxillofacial surgery. Br J Oral Maxillofac Surg, Edinburgh, v.32, n.3, p.1420-145, June. 1994.

ANDRADE, M. Prova de fogo. Rev ABO Nac, São Paulo, v.7, n.1, Fev./Mar. 1999.

ANDRADE, M. Enfim, o reconhecimento. Rev ABO Nac, São Paulo, v.7, n.1, Fev./Mar. 1999.

BRASIL. Código Civil. Lei 3071, de 1º de janeiro de 1916. São Paulo: Saraiva, 2001, 59ª ed., 1418p.

BRASIL. Código Penal. Decreto Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. São Paulo: Saraiva, 39ª ed., 2001, 794p.

CALVIELLI, I.T.P. Exercício ilícito da Odontologia. *In*: SILVA, M. Compêndio de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. Cap. 3, p. 39-49.

---

\* Baseada na NBR-6023, de agosto de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o MEDLINE.

CAMPELLO, R.I.C. Descoberta da Anestesia. Rev Cons Reg Odontol, Recife, v.1, n.1, p.35-36, Abr. 1998.

CASTRO, J.F.L. *et al.* Carcinoma epidemóide de lábio superior: Estudo de 135 casos registrados no Hospital do Câncer de Pernambuco no período compreendido entre 1992 e 1997. Rev Odontol Univ Santo Amaro, São Paulo, v.4, n.1, p.43-49, Jan./Jun. 1999.

CHEN, M. A theoretical model for understanding Dentist's behavior in treating patients with AIDS. J Dent Educ, Washington, v.55, n.11, p.708-716, Nov. 1991.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO – 185/93, de 26 de abril de 1993, alterada pela Resolução CFO – 209/97. Rio de Janeiro, 1997. 164p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO – 183/92, de 1º de outubro de 1992. Rio de Janeiro, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO – 179/91 de 19 de Dezembro de 1991, alterado pelo regulamento nº 1 de 5 de junho de 1998. Rio de Janeiro, 1998. 20p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO – 003/99.

Baixa normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, por cirurgião-dentista. Rio de Janeiro, Fev. 1999. 2p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO – 179/91 de 19 de Dezembro de 1991. Rio de Janeiro, 1992. 20p.

COUNCIL ON HOSPITAL DENTAL SERVICE. Program for dental societies to develop and expand hospital dental services. J Am Dent Assoc, Chicago, v.65, Sept. 1962, p. 133-136.

CORTEZZI, W; ALBUQUERQUE, E.B. As novas recomendações da American Heart Association para a profilaxia antibiótica da endocardite infecciosa de interesse para a Odontologia clínica e hospitalar. Rev Cons Reg Odontol, Rio de Janeiro, v.1., n.1, p.56-64, 1999.

CUNHA, E.L. História da Odontologia no Brasil: 1500-1900. 2º ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952. 164p.

DIB, L.L. *et al.* Abordagem multidisciplinar das complicações orais da radioterapia. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v.54, n.5, p.391-396, Set./Out. 2000.

DI BIAGGIO, J.A. Hospital training for dental student: problems and potentials. J Dent Educ, Washington, v.37, n.3, p.13-17, Mar. 1973.

ELIAS, R. Odontologia de alto risco: pacientes especiais. Rio de Janeiro:

Revinter Ltda, 1995. 171p.

ELLIS III, E. Manpower excess: one source of our problems. J Oral Maxillofac Surg, Philadelphia, v.51, n.10, p.1135-1138, Oct. 1993.

EMERY, C.A. Hospital dental service: a clinical evaluation to determine its justification. J Am Dent Assoc, Chicago, v.90, n.5, p.1018-1021, May 1975.

FERREIRA, R.A. De quem é o bisturi? Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v.51, n.1., p.8-19, Jan./Fev. 1997.

GIANGREGO, E. Dentistry in Hospitals: looking to the future. J Am Dent Assoc, Chicago, v.115, n.1, Oct. 1987, p. 545-555.

GRAZIANI, M. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. 7<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1986. 717p.

GUIMARÃES, P.S.M. *et al.* Prevalência de fraturas maxilofaciais atendidas no ambulatório do Hospital Municipal de São José dos Campos. Rev Esc Aperf Prof/ Assoc Paul Cir Dent, São José dos Campos, v.1, n.2, p.8-13, Jul. 2000.

HUNTER, M.J. *et al.* Recognition of scope of oral and maxillofacial surgery by the public and health care professionals. J Oral Maxillofac Surg, Philadelphia, v.54, n.10, p.1227-1232, Oct. 1996.

IRAMPOUR, B. What should Hospitals Know of Dental School and Dental School of Hospital? J Dent Educ, Washington, v.37, n.3, p. 17-18, Mar 1973.

JOSÉ, A.; ROSA, M.F. Direito Constitucional, São Paulo: Saraiva, 1998, 578p.

LASKIN, D.M. When you've got it, flaunt it? J Oral Maxillofac Surg, Philadelphia, v.54, n.9, p.1049, Sept. 1996.

LOPES, A. A odontologia hospitalar no Brasil: uma visão do futuro ou um tema atual? Rev Odontol Univ Santo Amaro, São Paulo, v,1, n.2, p.15-20, Jul./Dez. 1996.

MANTECCA, M.A.M. Resolução CFO-CFM ajusta controvérsia em atuação hospitalar. J CROSP, São Paulo, v.22, n.89, p.13, Jul. 1999.

MODESTO, L.M.M.; GUEDES-PINTO, A.C. Anestesia geral em Odontopediatria. *In*: GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. 5ª ed. São Paulo: Santos, 1995. Cap. 45, p.1024-1039.

MOREIRA, R.W.F. *et al.* Nível de conhecimento do público e profissionais de saúde sobre a cirurgia buco maxilofacial. Rev Fac Odontol Passo Fundo, Passo Fundo, v.5, n.1, p.47-51, Jan./Jun. 2000.

ODONTOLOGIA Hospitalar. J CROSP, São Paulo, v.22, n.93, p. 14, Set. 2000.

PEREIRA, L.C. C. Odontologia Hospitalar. São Paulo: Santos, 1984, 182p.

ROSE, L.F. *et al.* An interdisciplinary dental training program in a hospital. J Dent Educ, Washington, v.38, n.3, p.156-160, Feb 1974.

SEIXAS, L. Cirurgiões dentistas nos hospitais. Disponível em : <<http://www.medicenter.com>>, 4p., Acesso em: 13 de nov. 2001.

SILVA, O.G. *et al.* Fissuras labiopalatais: Diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. *In*: PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000, Cap. 19, p. 481-515.

STACY, G.C.; GAUDRY, P. General hospital residency for dental undergraduates. Aust Dent J, St. Leonardes, v.31, n.5, p. 369-374, Oct. 1986.

VARANDAS, E.T. *et al.* Malformação congênitas associadas às fissuras lábio-palativas: análise de 22 casos. Rev Odontol Univ Santo Amaro, São Paulo, v.2, n.3, p.15-18, Jan./Jul. 1997.

VIVÊNCIA em hospital aprimora conhecimento. J CROSP, São Paulo, ano XXII, n.94, p. 6-8, Dez. 2000.



## ANEXOS

### Questionário enviado aos Cirurgiões e Traumatologistas Buco-Maxilo-Faciais

Nome: \_\_\_\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_ . Sexo: \_\_\_\_\_ . Cidade: \_\_\_\_\_ .

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ . Tempo de trabalho: \_\_\_\_\_ .

Ano de Formatura : \_\_\_\_\_ . Tempo que atua na área: \_\_\_\_\_ .

Tem vínculo empregatício com alguma instituição hospitalar: ( ) Sim ( ) Não

Configuração jurídica do hospital: ( ) Público ( ) Privado

Faculdade onde se formou: \_\_\_\_\_ .

1) Você tem conhecimento dos limites legais de atuação impostos pelos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia?

( ) Sim ( ) Não

2) Dentre os procedimentos abaixo, quais são os que você atua ou poderia atuar?

( ) Biópsia

( ) Cirurgia ortognática

( ) Tumores malignos da cavidade bucal

- Tratamento cirúrgico de cistos
- Doenças de glândulas salivares maiores
- Tumores benignos da cavidade bucal

3) Qual é o grau de aceitação da sua atuação por parte do corpo médico e da coordenação hospitalar?

---

---

---

4) Você acha que a especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial o torna capacitado para executar com segurança os procedimentos que lhe são cabíveis?

- Sim  Não

Comentários

---

---

---

5) Você acha que o médico especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço tem sua atuação comprometida com a falta de conhecimento de áreas específicas, morfológicas e funcionais de domínio do Cirurgião-Dentista, no complexo maxilo-mandibular?

- Sim  Não

Por quê?

---

---

---

---

## Questionário enviado aos Coordenadores e Diretores de Entidades Hospitalares

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_.

Configuração Jurídica: ( ) Público ( ) Privado

1) A Entidade apresenta serviço de pronto atendimento 24h? ( ) Sim ( ) Não

2) Na equipe médica há a presença de Neurologista, Oftalmologista, Otorrinolaringologista e Anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não

Outras especialidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) A Entidade apresenta setor Odontológico? ( ) Sim ( ) Não

4) Existe um Cirurgião-Dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial que faz parte da equipe médica?

( ) Sim ( ) Não

5) Dos procedimentos abaixo, assinale os que são efetuados nesta entidade. Destes procedimentos assinale quem o executa.

( ) Biópsia da região do complexo maxilo-mandibular.

( ) Cirurgião-Dentista ( ) Médico

Cirurgia ortognática.  Cirurgião-Dentista  Médico

Lesões de origem traumática do complexo maxilo-mandibular.

Cirurgião-Dentista  Médico

Tumores malignos da cavidade bucal.  Cirurgião-Dentista  Médico

Doenças das glândulas salivares maiores.  Cirurgião-Dentista  Médico

Tumores benignos da cavidade bucal.  Cirurgião-Dentista  Médico

- 6) Procedimentos odontológicos em pacientes especiais (Distúrbios sistêmicos, neurológicos, congênitos, etc...) que requerem anestesia geral, se houver óbito, quem é o responsável legal?

---

---

- 7) Para este tipo de tratamento, há a necessidade do Cirurgião-Dentista possuir vínculo com a instituição? Se não houver vínculo, qual a possibilidade de execução do tratamento?

---

---

---

---