EDUARDO PIZZATTO

ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS TRABALHADORES: ASSISTÊNCIA/ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

ARAÇATUBA/SP

2005

EDUARDO PIZZATTO

ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS TRABALHADORES: ASSISTÊNCIA/ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Odontologia de Araçatuba, para obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA/SP

2005

EDUARDO PIZZATTO

ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS TRABALHADORES: ASSISTÊNCIA/ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

1º Examinador	Prof Dr Edgard Michel Crosato
2º Examinador	Prof Dr Paulo César Pereira Perin
3º Examinador	Prof Dr Eduardo Daruge Júnior
4º Examinador	Prof Dr Renato Moreira Arcieri
5º Examinador	Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba, 15 de dezembro de 2005.

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida, pela coragem, força e perseverança.

Aos meus pais, Valdir e Iolanda, pelo exemplo de vida que sempre se mostraram, pelos grandiosos ensinamentos transmitidos ao longo desses anos e principalmente pelo incentivo constante na busca pelo conhecimento.

Às minhas irmãs, Simone e Luciane, que sempre se mostraram próximas apoiando, cada qual a sua maneira, e compreendendo as eventuais dificuldades.

À minha namorada Melina, obrigado pela sua paciência e compreensão reveladas durante a fase final deste trabalho.

À Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin que, além de orientadora, foi exemplo de dedicação e ética profissional, nestes anos de convivência estabelecemos uma relação de amizade que, com certeza, irá perdurar.

À Profª Drª Nemre Adas Saliba, a quem devo, além de gratidão, respeito e admiração.

Devo agradecer a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social que contribuíram sobremaneira para realização deste trabalho: Prof Dr Artênio José Ísper Garbin, Prof Dr Eliel Soares Orenha, Profª Drª Maria Lúcia Sundenfeld, Prof Dr Orlando Saliba, Prof Dr Renato Moreira Arcieri e Profª Drª Suzely Adas Saliba Moymaz.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social por estarem sempre dispostos e pela amizade cultivada, Nilton César Souza, Neuza Martins Antunes, Valderez Freitas Souza.

À Sônia Maria Batista Costa (*in memorian*) que além de funcionária exemplar, sabia entender nossos desesperos. Sônia... Viver no coração dos que aqui ficam, não é partir!!!

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação pelo atendimento sempre cordial e bem-humorado, e todos os funcionários da Biblioteca pela cordialidade e apoio dado a este pós-graduando.

Agradeço aos colegas de Mestrado e Doutorado, tive a grata satisfação de conviver com pessoas diferentes, vindas de diferentes regiões deste imenso país e aprender muito com esta convivência.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pela bolsa auxílio durante o período inicial desta pós-graduação.

Às empresas de Curitiba e Região Metropolitana que, abrindo suas portas, fizeram este estudo possível.

A Profª Maria da Graça Kfouri Lopes, Coordenadora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Positivo, pela compreensão e apoio dispensados com este jovem professor.

Agradeço de modo especial ao Prof Samuel Jorge Moysés; pelo aprendizado constante, permita-me tê-lo como exemplo.

Aos Professores Antônio Carlos Nascimento; João César Zielak, Marilene Buffon e Giovana Pecharki.

Minha gratidão também a todos que, pela amizade, carinho e orações, ou pelo simples convívio ao longo destes anos, contribuíram para que esta conquista se realizasse...

Epígrafe

“(...) Preso a longas horas de uma agitação automática, além disso, cerceado da existência civil, o rude trabalhador é muito menos que um homem e um pouco mais que uma máquina...”

(Euclides da Cunha, 01/05/1892)

Resumo

ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS TRABALHADORES: ASSISTÊNCIA/ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

O presente trabalho tem por objetivo efetuar uma análise no que tange a assistência/atenção odontológica voltada à população adulta trabalhadora, buscando levantar índices epidemiológicos relevantes para área de saúde bucal desta população específica. Foram examinados 240 trabalhadores com idade entre 35 e 44 anos, através do processo de amostragem probabilística aleatória composta por conglomerados, sendo 60 trabalhadores de cada grupo (Grupo I: assistência odontológica em sistema de autogestão; Grupo II: assistência odontológica terceirizada e financiada pelo empregador; Grupo III: assistência odontológica terceirizada e financiada pelo trabalhador; Grupo IV: nenhum tipo de assistência odontológica disponibilizado). O exame clínico intrabucal seguiu o modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde sendo realizado por um único examinador previamente calibrado. O CPO-D médio encontrado para a amostra selecionada foi de 25,47 (3,59), não havendo, porém diferença estatística entre os quatro grupos distintos ($p>0,05$). Contudo, para todos os grupos avaliados, o componente perdido representou mais que 50% da composição deste índice. Em relação a condição periodontal (CPI) indivíduos pertencentes ao Grupo I apresentam maior número de sextantes hígidos quando comparados aos demais grupos ($p<0,001$). Porém, quando avaliados sextantes excluídos, não se observa diferença significativa entre os quatro grupos ($p>0,05$). A respeito do edentulismo, os indivíduos do GI apresentaram maior média de dentes presentes (19,90), já os indivíduos do GIV apresentaram maior necessidade de uso de próteses, tanto superior quanto inferior. Com base no perfil epidemiológico estudado

faz-se relevante a implantação e/ou reestruturação dos serviços de atenção em saúde bucal de adultos trabalhadores, visando desta maneira aumento da qualidade de vida dos mesmos e por conseguinte da capacidade de trabalho. Deve ainda ser observado que a simples oferta de serviços de assistência odontológica não traz benefícios em termos de saúde para o trabalhador, faz-se necessário um correto planejamento das ações a serem desenvolvidas, as quais devem ser articuladas com os demais programas de atenção a saúde dos trabalhadores.

Palavras chave: Odontologia ocupacional; Serviços de saúde ocupacional; Assistência odontológica.

Abstract

ANALYSIS OF ADULT WORKERS ORAL HEALTH: DENTAL ASSISTANCE / ATTENTION

The present study aimed to analyze the dental assistance/attention given to an adult worker population, searching for relevant epidemiological indexes of oral health in this specific population. This study involved 240 workers, aged 35 to 44, randomly divided into 4 groups, with 60 workers in each group. Group I – self management dental assistance. Group II – dental assistance financed by employer. Group III - dental assistance financed by worker. Group IV – no dental assistance available. The oral clinical exams were done by a single examiner, previously calibrated, following the WHO guidelines. The mean DMFT found for this sample was 25.47 (sd 3.59), with no significant difference among all groups ($p>0.05$). However, for all groups the loss component (dental loss) represented more than 50% of the index composition. In relation to periodontal condition (CPI), individuals belonging to Group I presented more healthy sextants when compared to others ($p<0.001$). While evaluating excluded sextants there were no significant differences among the four groups ($p>0.05$). Regarding edentulous, GI presented the highest mean for the need of prosthesis usage, either superior or inferior. Based on the epidemiological aspects it was found relevant the implantation and/or restructure of the attention services in oral health of the adult workers population studied, seeking for the increase of life quality of these workers as their work capacity. It must be observed that the simple offering of dental assistance services does not bring benefits in terms of health to the worker; it is necessary a correct planning of actions to be developed, which may be connected to other health attention programs to workers.

Key Words: Occupational dentistry; Occupational health services; Dental care;

Listas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPOD	Dentes Permanentes Cariados, Perdidos ou Restaurados
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPI	Índice Periodontal Comunitário
FDI	Federação Dentária Internacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PEA	População Economicamente Ativa
PIP	Perda de Inserção Periodontal
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Média de idade dos indivíduos examinados por grupo. Curitiba, 2005. 58

Gráfico 2 – Média do índice CPO-D dos trabalhadores examinados por grupo. Curitiba, 2005. 59

Gráfico 3 – Perfil de utilização de prótese superior, segundo o tipo de prótese utilizada. Curitiba, 2005. 62

Gráfico 4 – Perfil de utilização de prótese inferior, segundo o tipo de prótese utilizada. Curitiba, 2005. 63

Gráfico 5 – Perfil de necessidade de prótese superior, segundo o tipo de prótese. Curitiba, 2005. 64

Gráfico 6 – Perfil de necessidade de prótese inferior, segundo o tipo de prótese. Curitiba, 2005 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição percentual do índice CPO-D para trabalhadores examinados segundo grupo. Curitiba, 2005. 59

Tabela 2 – Número médio de sextantes hígidos, com sangramento, cálculo, bolsa de 4 a 5 mm, bolsa de 6 ou mais mm e excluídos, segundo Grupo. Curitiba, 2005. 60

Tabela 3 – Distribuição percentual dos sextantes conforme o escore do CPI, e excluídos segundo Grupo. Curitiba, 2005. 60

Tabela 4 – Número médio de sextantes conforme a perda de inserção periodontal (PIP), e excluídos, segundo Grupo. Curitiba, 2005. 61

Tabela 5 – Distribuição percentual dos sextantes conforme a perda de inserção periodontal (PIP), e excluídos segundo Grupo. Curitiba, 2005. 61

Tabela 6 – Número e porcentagem de indivíduos que usam prótese, por Grupo. Curitiba, 2005. 62

Tabela 7 – Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, por Grupo. Curitiba, 2005. 63

Sumário

1. Introdução 19

2. Capítulo 1: *Odontologia do Trabalho: implantação da atenção em saúde bucal do trabalhador* 23

2.1 Resumo ***24***

2.2 Abstract ***25***

2.3 Introdução ***26***

2.4 Revisão da Literatura ***28***

2.5 Discussão ***35***

2.6 Considerações Finais ***37***

2.7 Referências Bibliográficas ***38***

3. Capítulo 2: *Análise comparativa do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores* 42

3.1 Resumo ***43***

3.2 Abstract ***45***

3.3 Introdução ***46***

3.4 Revisão da Literatura ***48***

3.5 Objetivo ***54***

3.6 Material e Método ***55***

3.7 Resultados ***58***

3.8 Discussão ***65***

3.9 Conclusão ***69***

3.10 Referências ***70***

4. Considerações Finais 74

Anexos 77

Introdução

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico, coexistindo múltiplas situações, caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, que refletem sobre o viver, adoecer e morrer dos trabalhadores.

Essa diversidade de situações de trabalho, padrões de vida e de adoecimento, tem se acentuado em decorrência das conjunturas políticas e econômicas. O processo de reestruturação produtiva tem conseqüências ainda pouco conhecidas sobre a saúde do trabalhador, decorrentes da adoção de novas tecnologias, de métodos gerenciais e da precarização das relações de trabalho.

No sentido de preservar a saúde do trabalhador, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda em 1982, analisou as inter-relações entre cuidados primários de saúde e serviços de saúde ocupacional, assim identificando alguns princípios básicos para esta inter-relação:

- a saúde dos trabalhadores deve ser enfocada de maneira global, sem se limitar aos problemas ocupacionais;
- os serviços de saúde ocupacional devem ser parte integrante ou perfeitamente coordenados com os demais serviços de saúde do sistema, e com outros setores;
- é fundamental a participação dos trabalhadores.

Dessa forma muda-se a denominação dos programas de saúde ocupacional para saúde do trabalhador. Sendo que o primeiro compreendia o trabalho (e seus riscos) como um problema essencialmente ambiental, preconizando uma

abordagem puramente técnica da questão. Ao passo que, para o último, o trabalho é visto sob um aspecto social e coletivo, propondo uma abordagem ao mesmo tempo técnica e social para a relação saúde/trabalho.

Considera-se que compete ao setor saúde, proporcionar condições a um planejamento e à implementação de ações articuladoras com os diversos setores da sociedade em prol de melhoria do padrão de vida, o que vai de encontro à conceituação de saúde do trabalhador como sendo um conjunto de ações destinadas a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores como definido pelo próprio Ministério da Saúde e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O campo da Saúde do Trabalhador é ainda uma área em processo de construção, tanto por profissionais de saúde de várias formações, como por trabalhadores que buscam viver com saúde.

Neste campo em construção encontra-se inserida a Odontologia do Trabalho, já regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) através das Resoluções CFO 22/2001 e CFO 25/2002 (Anexos A e B).

Tal inserção é respaldada pelos resultados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. Onde se verifica que, em virtude da priorização quase que exclusiva por parte das políticas públicas de saúde, das faixas etárias mais jovens, a população economicamente ativa (PEA) apresenta condições de saúde bucal insatisfatória.

Justificativas diversas podem ainda, serem relacionadas em defesa da implantação da atenção odontológica ocupacional, beneficiando não somente o trabalhador, mas também as empresas e a nação como um todo.

Embasando-se neste breve relato, é possível justificar a elaboração deste estudo, o qual situa-se na aceitação lógica da atenção em saúde do trabalhador como instrumento de promoção de saúde e melhora da qualidade de vida desta população, mais especificamente ao que se refere às práticas na área de saúde bucal.

Ressalta-se que o presente estudo encontra-se sub-dividido em dois capítulos principais; o primeiro tem por objetivo propor a instalação ou mesmo a reorganização da atenção em saúde bucal do trabalhador; já o segundo capítulo apresenta os resultados de estudo epidemiológico transversal realizado com uma amostra de trabalhadores, buscando analisar as variáveis epidemiológicas condicionadas aos modelos de assistência odontológica disponibilizado a estes trabalhadores.

Capítulo 1

ODONTOLOGIA DO TRABALHO: IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR[1]

2.1 RESUMO

Vários fatores interagem determinando o nível de saúde de uma população, entre eles, a relação entre o grau de desenvolvimento do país e condições de trabalho de seu povo. O presente trabalho tem por objetivo efetuar uma análise dos tópicos de maior pertinência no que concerne a implantação de programas de atenção odontológica voltados aos trabalhadores. Com base na revisão da literatura, inúmeras justificativas podem ser relacionadas em defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores. Contudo, o primeiro princípio a ser observado quando da implantação de um programa de saúde nas empresas, é que este deve visar a melhora das condições de saúde do trabalhador, pautado em princípios éticos e humanísticos, respeitando sua condição de ser humano, e não simplesmente como peças de um mecanismo de produção. Desta forma, a implantação de um programa de atenção em saúde bucal voltado ao trabalhador deve ter como objetivo principal a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal deste trabalhador, contribuindo assim para uma melhora em sua qualidade de vida.

UNITERMOS: Odontologia ocupacional; serviços de saúde bucal; serviços de saúde para trabalhadores.

[1] Normalização segundo Revista de Odontologia da UNICID (Anexo C)

2.2 ABSTRACT

OCCUPATIONAL ODONTOLOGY: IMPLANTATION OF ATTENDANCE IN ORAL HEALTH OF EMPLOYEES

Variable factors interact to determine the level of health of the population, such as, the relationship between the level of development of the country and the working conditions of the people. The present study aimed to analyze the existence of dental attendance services for an economically active population. Based on the review of the literature, several reasons may be considered in the defense of the implantation of dental services destined to workers. However, the first principle to be observed while founding a health service in companies is that it shout seek the improvement of the worker's health conditions, also based on ethical and humanistic principles, respecting the worker's human state not considering him simply as a piece of a production mechanism. This way, the implantation of a oral health program directed to the worker should have as main objectives the promotion, protection, recovery an rehabilitation of the worker's oral health, thus contributing to an improvement in his life quality.

UNITERMS: Occupational dentistry; dental health services; occupational health services.

2.3 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador tem sido objeto de inúmeros estudos, movidos principalmente pela necessidade de se dispor de uma força de trabalho apta a realizar, da melhor forma possível, todas as etapas do processo produtivo, o qual por sua vez, vem sofrendo profundas alterações, modificando substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, seus determinantes de saúde-doença, seu quadro epidemiológico, assim como as práticas de saúde voltadas para o trabalhador.

Neste contexto a Odontologia assume papel relevante, especialmente considerando a premissa exposta no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986), “Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, **trabalho**, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” [grifo do autor], dessa forma, torna-se inviável pensar em saúde geral de modo dissociado da saúde bucal, sendo o contrário também verdadeiro.

Destaca-se ainda, a recente regulamentação da Odontologia do Trabalho como especialidade odontológica, através da Resolução 22/2001 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), a qual define em seu Artigo 30: “Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador” (BRASIL, 2001).

Dando seqüência a regulamentação desta nova especialidade, o CFO define a área de atuação do especialista em Odontologia do Trabalho por meio da Resolução CFO 25/2002 em seu Artigo 3º (BRASIL, 2002).

- *“Identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer das fases do processo produtivo;*
- *Assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;*
- *Planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;*
- *Organizar estatísticas de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais; e,*
- *Realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.”*

Sob esta ótica é possível conceber a importância da atenção a saúde bucal do trabalhador como instrumento de promoção de saúde e melhora da qualidade de vida do mesmo.

Embasando-se no conteúdo exposto, o objetivo deste estudo consiste em, através da revisão da literatura, efetuar uma análise dos tópicos de maior pertinência no que concerne a implantação de programas de atenção odontológica voltados aos trabalhadores.

2.4 REVISÃO DA LITERATURA

A viabilidade da inserção da atenção odontológica ao segmento dos trabalhadores tem sido objeto de inúmeros estudos.

MISHER já em 1946, afirma que programas odontológicos industriais proporcionam vantagens econômicas para as empresas na medida que diminuem o afastamento dos trabalhadores das linhas de produção. Para os trabalhadores tais programas proporcionam a eliminação dos focos de infecção, o diagnóstico precoce de manifestações bucais de doenças ocupacionais, bem como educação para saúde bucal.

HEACOCK (1947) em seu trabalho enfatiza a necessidade da integração do serviço odontológico industrial com os demais programas de saúde da empresa. Ressalta também, a importância do cirurgião dentista envolvido com o serviço odontológico industrial em conhecer a realidade da empresa no que tange aos processos de trabalho por ela desenvolvidos, e de dominar técnicas de educação e motivação tanto individuais quanto coletivas.

GOLDHORN (1947) destaca que problemas bucais, os quais são fontes de desconforto, podem atuar como fatores facilitadores de acidentes de trabalho, além de diminuírem a produtividade da empresa. Destaca ainda, as principais tarefas a serem executadas por um programa odontológico industrial como sendo: exame e diagnóstico bucal; tratamento de emergências buco-dentais; diagnóstico e tratamento de doenças ocupacionais e atividades de educação em saúde bucal.

Para SAPPINGTON (1949) a inclusão dos serviços odontológicos em programas de saúde industrial seria vantajoso para a empresa pois diminuiriam as faltas e conseqüentemente afastamento dos trabalhadores da linha de produção.

GIBSON et al. (1950) alertam para a necessidade de atento planejamento quando da implantação dos serviços odontológicos industriais, determinando claramente os objetivos e os resultados almejados com esse tipo de benefício. Afirmam que a implantação de programas de odontologia industrial pode ocasionar uma redução do absenteísmo e um aumento na eficiência do trabalhador.

Em estudo realizado por DOUGHERTY ainda em 1959, o autor afirma que a atuação da odontologia na saúde do trabalhador deve ter como objetivo, melhorar as condições de saúde bucal desses trabalhadores, melhorando assim sua saúde como um todo.

MEDEIROS (1966) destaca que o modo pelo qual deve ser conduzido um programa odontológico empresarial não deve ser desenvolvido como se fosse um consultório particular, chama a atenção ainda, para que o cirurgião dentista que for atuar nestes programas, seja conhecedor da tecnologia empregada no processo produtivo, bem como da ocupação do trabalhador na empresa.

MEDEIROS e BIJELLA (1970) mostram que um programa de assistência odontológica bem planejado, visando uma melhora no estado de saúde oral dos trabalhadores, tende a contribuir para melhorar a capacidade produtiva dos mesmos. Com isso empresas que vem incluindo em seus programas assistenciais o serviço odontológico, além de oferecer melhores condições de trabalho a seus empregados, também apresentam um aumento no rendimento produtivo.

Os mesmos autores (MEDEIROS e BIJELLA, 1971) tecem algumas observações a respeito do planejamento dos serviços odontológicos industriais, para que estes possam ser efetivos e cumprir seu objetivo de zelar pela saúde bucal dos trabalhadores. Afirmam que para ser possível planejar um programa de saúde bucal, este deve estar calcado na realidade, verificada através do diagnóstico da situação atual de saúde dos trabalhadores. Preconizam que a prestação dos serviços odontológicos deve, preferencialmente, ser disponibilizada no local de trabalho, e alertam para a utilização de pessoal auxiliar e desenvolvimento de atividades de educação em saúde bucal como formas de aumentar a efetividade destes programas.

PIMENTEL (1976) sugere a obrigatoriedade da inclusão da odontologia do trabalho na equipe de Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, tal inclusão traria vantagens não somente ao trabalhador, mas também à indústria e à nação.

GUIMARÃES e ROCHA (1979a), defendem a integração da odontologia aos serviços de segurança e medicina do trabalho, fato que, segundo os autores, é indispensável caso se pretenda dar uma assistência integral à saúde dos trabalhadores, assim como ao incremento da produtividade da empresa.

Para a implantação e organização de serviços odontológicos em uma empresa, GUIMARÃES e ROCHA (1979b) ressaltam que, para cada empresa devem ser efetuadas as adaptações características de sua individualidade. Espera-se com a instalação de programas odontológicos empresariais diminuir o absenteísmo, elevar a produtividade do empregado, reduzir ou eliminar as causas odontológicas dos acidentes de trabalho elevar o conceito da empresa, além de outros fatores considerados importantes no desenvolvimento empresarial.

SILVA e SOUTO (1983) defendem a implantação de programas de Odontologia Ocupacional nas empresas como forma de facilitar o acesso e preservar a saúde bucal dos trabalhadores, além de contribuírem para melhorar a capacidade produtiva dos mesmos. Concluem que a assistência odontológica ao trabalhador deve ser atribuição da própria empresa, justificada pela importância da saúde na produtividade. Reiteram a necessidade de incluir a assistência odontológica no campo da saúde por sua importância na gênese de acidentes de trabalho e no controle do absenteísmo.

Para PASSOS e VILLELA (1983), o cirurgião-dentista que atua no setor de saúde bucal do trabalhador deve ser conhecedor das condições de trabalho da empresa, das substâncias com que os trabalhadores têm contato, a fim de efetuar um diagnóstico precoce das doenças ocupacionais, tendo desta forma, melhores condições de restabelecer a saúde dos trabalhadores, diminuindo assim o índice de absenteísmo e o risco de acidentes de trabalho, e aumentando sua produtividade.

GARRAFA (1986a) destaca a importância dos acidentes de trabalho que atingem a região buco-facial devido a suas seqüelas, as quais poderão ocasionar invalidez permanente ou mesmo a morte. Finaliza propondo a intensificação das discussões acerca do tema – Odontologia do Trabalho – para que a classe trabalhadora possa receber atenção odontológica de qualidade.

Em novo estudo, GARRAFA (1986b) destaca que a Odontologia do Trabalho não deve significar um capítulo isolado da Medicina do trabalho, as duas áreas devem atuar integradas.

FEAVER (1988) reafirma a importância da atenção odontológica para o trabalhador, e as vantagens para a empresa que o oferece, como por exemplo, redução do tempo perdido decorrente de problemas odontológicos.

SCHOU (1989) destaca que existem obstáculos para a implantação de programas de promoção de saúde bucal nos locais de trabalho, porém ressalta que existem numerosos benefícios para todas as partes envolvidas: para a empresa haverá redução dos custos com tratamentos, aumento da produtividade e redução do absenteísmo; para a classe odontológica representa um novo campo de atuação; e o benefício imediato para o trabalhador será a facilidade de acesso aos serviços odontológicos.

GUPTA (1990) relata que doenças ocupacionais decorrentes da exposição a fatores de risco de origem física, química e biológica, podem ter seus primeiros sinais e sintomas manifestados na cavidade bucal. Ressalta ainda, que uma higiene bucal precária pode agravar estas condições.

DUFFY (1996) verificou que o absenteísmo por motivos odontológicos se constituía um grave problema para a empresa, e que tal situação poderia ser alterada com a implantação de programas de promoção de saúde bucal e educação em saúde bucal, bem como tratamento das afecções já existentes.

BARONI (1996) ressalta a importância da odontologia do trabalho na diminuição do absenteísmo e aumento da produtividade empresarial além da redução dos riscos de acidentes de trabalho.

FERREIRA (1997) relata que as empresas vêm oferecendo cada vez mais programas de assistência odontológica visando melhor qualidade de vida para os empregados e diminuição do absenteísmo, tanto o clássico, como o de corpo presente

– sendo este segundo caracterizado pelo comparecimento do funcionário ao local de trabalho, porém não conseguindo se concentrar em sua função devido a sintomatologia dolorosa de patologias bucais.

ARAÚJO e GONINI JÚNIOR (1999) afirmam que as condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores, podendo desencadear alterações na mucosa bucal, traumas e outros agravos. Sugerem a inclusão da odontologia no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e a elaboração de um programa de saúde bucal do trabalhador onde a prevenção assume papel chave.

ARAÚJO e MARCUCCI (2000) observaram que as condições de trabalho interferem na qualidade da saúde bucal dos trabalhadores. Sugerem que a atuação da odontologia no campo da saúde do trabalhador deve ter como objetivos: prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde; conscientizar o trabalhador da importância de preservar a saúde bucal como fator significante da saúde geral; diagnosticar precocemente enfermidades específicas ou sistêmicas com manifestações bucais correlacionadas com o ambiente de trabalho; contribuir com as demais áreas profissionais da saúde e segurança do trabalho em todas as ações que visem preservar a integridade do trabalhador.

Em revisão de literatura VIANNA e SANTANA (2001) encontraram correlação positiva entre a exposição de trabalhadores a névoas ácidas e perda mineral da estrutura dental. As autoras destacam a necessidade da incorporação dos profissionais de odontologia nas equipes de saúde e segurança do trabalhador e higiene industrial.

BARRETO (2002) ressalta a necessidade da inclusão da atenção odontológica aos serviços de saúde do trabalhador. Apresenta também uma relação de diversas patologias tidas como ocupacionais que se manifestam no sistema estomatognático, nas quais a atuação do cirurgião dentista seria de indiscutível relevância, e finaliza propondo um modelo para o planejamento e implantação de um serviço de atenção odontológica aos trabalhadores.

PERES et al. (2004), afirmam que a odontologia, de modo especial após a criação da especialidade Odontologia do Trabalho, deve adaptar-se a fim de contemplar uma população que fica descoberta na maioria dos programas odontológicos, população esta composta por adultos trabalhadores visando garantir o cumprimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, eqüidade e integralidade da atenção.

PINHEIRO et al. (2005), em acompanhamento realizado junto a trabalhadores de uma empresa metalúrgica da região metropolitana de Salvador, verificaram melhora nas condições de saúde bucal dos trabalhadores após a implantação de um programa de saúde bucal na empresa.

2.5 DISCUSSÃO

Apesar de ser recente a regulamentação da especialidade odontológica cuja competência reside em atuar no campo da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002), inúmeras pesquisas relatam a existência de serviços odontológicos industriais desde o início do século XX (DUNNING et al., 1941; WALLS e BETHEHEM, 1942; DUNNING e KLEIN, 1944). Isto devido às vantagens que programas de atenção odontológica voltados aos trabalhadores podem oferecer. Como exemplo destas vantagens, pode-se destacar: prevenção das doenças bucais, as quais diminuem a capacidade produtiva dos trabalhadores; facilidade de acesso por parte dos trabalhadores; possibilidade de diagnóstico precoce dos casos de câncer bucal; aumento da motivação do empregado, e aumento da sua qualidade de vida; aumento da eficiência do trabalhador, diminuição dos riscos de acidentes de trabalho e diminuição do absenteísmo (MISHER, 1946; SAPPINGTON, 1949; GIBSON et al., 1950; GUIMARÃES e ROCHA, 1979a; PASSOS e VILLELA, 1983; SILVA e SOUTO, 1983; MOTTA e TOLEDO, 1984; FEAVER, 1988; SCHWARTZ, 1988; BARONI, 1996; FERREIRA, 1997; MIDORIKAWA, 2000; PINTO, 2000; MARTINS et al., 2005).

Inúmeras justificativas ainda podem ser relacionadas em defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores (SCHOU, 1993), dentre elas destacam-se:

- prevalência muito alta de problemas relacionados à cárie dental e ao periodonto;
- possibilidade de detecção precoce de lesões relacionadas ao câncer bucal e a manifestações orais da AIDS e outras doenças de relevância vital;

- cerca de 60% do tempo de vida ativa é despendido no emprego ou local de trabalho;
- grandes chances de desenvolver um programa participativo;
- aumento da satisfação da força de trabalho;
- posição favorável das representações sindicais e dos trabalhadores em geral, que consideram ser o ambiente de trabalho adequado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde.

Com relação ao perfil destes serviços, eles devem ser integrados aos demais setores da empresa, planejados observando a realidade do processo produtivo desenvolvido pela empresa em questão, e contar com a participação ativa dos trabalhadores (HEACOCK, 1947; MEDEIROS e BIJELLA, 1971; GARRAFA, 1986a; SCHOU, 1989; SCHOU e MONRAD, 1989; PIZZATTO, 2002). Já o profissional que for atuar nestes serviços deve conhecer o local de trabalho, o processo produtivo e as funções que o trabalhador exerce neste processo, estar atento às doenças bucais oriundas das atividades laborais, porém não se limitar a elas, e principalmente, deslocar seu foco de atenção da boca para o indivíduo e deste para o coletivo, possuindo excelente formação generalista (HEACOCK, 1947; GUIMARÃES e ROCHA, 1979b; PASSOS e VILLELA, 1983; MIDORIKAWA, 2000; VIANNA e SANTANA, 2001; PIZZATTO, 2002).

2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que fora exposto parece pertinente concluir que:

- O primeiro princípio a ser observado quando da implantação de um programa de saúde (bucal ou geral) nas empresas, é que este deve visar a melhora das condições de saúde do trabalhador, pautado em princípios éticos e humanísticos, respeitando sua condição de ser humano, e não simplesmente como peças de um mecanismo de produção.
- A implantação de um programa de atenção em saúde bucal voltado ao trabalhador deve ter como objetivo principal a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal deste trabalhador contribuindo assim para uma melhora em sua qualidade de vida.
- Cabe ressaltar ainda que, o importante é não só levantar os problemas bucais que podem afetar diretamente os trabalhadores, deve-se analisar concretamente a epidemiologia e a patologia desses problemas, assim como estudar o impacto que possam ocasionar em suas qualidades de vida, trazendo à tona novos elementos na análise da causalidade das doenças e dos porquês da sua maior ocorrência e manutenção em determinados segmentos da sociedade.

2.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, M.E., GONINI JÚNIOR, A. Saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. Odontol. Soc., v.1, n.1/2, p.15-8, 1999.

ARAÚJO, M.E., MARCUCCI, G. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador. Odontol. Soc., v.2, n.1/2, p.20-5, 2000.

BARONI, G. A influência da dor de dente. Rev. CIPA, v.17, n.202, p.40-51, 1996.

BARRETO, V.C. Inserção da saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Porto Alegre, 2002. 77p. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Escola de Aperfeiçoamento Profissional, Associação Brasileira de Odontologia, Rio Grande do Sul.

BRASIL, Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1. Brasília, DF, 1986. Ministério da Saúde - Universidade de Brasília. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Baixa normas sobre anuncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização. 2001.

BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 25/2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. 2002.

DOUGHERTY, H.H. The role of the Dental Society in occupational health. Ind. Med. Surg., v.28, n.7, p.325-6, 1959.

DUFFY, B. Dental problems in the offshore oil and gas industry: a review. Occup. Med., v.46, n.1, p.79-83, 1996.

DUNNING, J.M., KLEIN, H. Saving teeth among home office employes of the Metropolitan Life Insurance Company. J. Am. Dent. Assoc., v.31, n.12, p.1633-42, 1944.

DUNNING, J.M., WALLS, R.M., LEWIS, S.R. Prevalence and characteristics of dental service in industry. J. Am. Dent. Assoc., v.28, p.492-501, 1941.

FEAVER, G.P. Occupational dentistry: a review of 100 years of dental care in the workplace. J. Occup. Med., v.38, n.1-2, p.41-3, 1988.

FERREIRA, R.A. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., v.51, n.6, p.514-21, 1997.

GARRAFA, V. Odontologia do trabalho. Rev. Saúde Debate, n.18, p.05-10, 1986a.

GARRAFA, V. Odontologia do trabalho. RGO, v.34, n.6, p.508-12, 1986b.

GIBSON, A., CARLISLE, J.M., HOCH, S.M. Dental program in industry. Ind. Med., v.19, n.1, p.37-8, 1950.

GOLDHORN, E. Industry's toothache – an industrial dentist explains the importance of dental care in a industrial health program. Ind. Med., v.16, n.3, p.140-5, 1947.

GUIMARÃES, E., ROCHA, A.A. Odontologia do trabalho – 2ª parte. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa. Odontol. Mod., v.7, n.8, p.23-6, 1979a.

GUIMARÃES, E., ROCHA, A.A. Odontologia do trabalho – 3ª parte. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa. Odontol. Mod., v.7, n.9, p.40-50, 1979b.

GUPTA, B.N. Occupational diseases of teeth. J. Soc. Occup. Med., v.40, n.4, p.149-52, 1990.

HEACOCK, L.D. Dental relations in industrial health services. Ind. Med., v.16, n.1, p.5-9, 1947.

MARTINS, R.J. et al. Ausentismo odontológico y médico em el servicio público e privado. Revista ADM, v. 42, n.4, p.142-7, 2005.

MEDEIROS, E.P.G. Conceito de odontologia do trabalho. O Incisivo, v.5, n.24, p.22-4, 1966.

MEDEIROS, E.P.G., BIJELLA, V.T. Aplicação racional da odontologia social no atendimento de operários. Rev. Bras. Odontol., v.28, n.172, p.276-80, 1971.

MEDEIROS, E.P.G., BIJELLA, V.T. Bases para a organização de programas dentais para operários. Rev. Bras. Odontol., v.27, n.166, p.303-11, 1970.

MIDORIKAWA, E.T. A odontologia em saúde do trabalhador com uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. São Paulo, 2000. 338p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

MISHER, K.W. Practical application of an industrial dental program. Ind. Med., v.15, n.2, p.113-4, 1946.

MOTTA, R., TOLEDO, V.L. Avaliação de resultados de plano odontológico implantado em indústria mecânica. Rev. Bras. Saúde Ocup., v.12, n.46, p.64-71, 1984.

PASSOS, A.S., VILLELA, F. Odontologia na saúde ocupacional. Vida Odontol., v.6, n.15, p.75-80, 1983.

PERES, A.S. et al. Odontologia do trabalho e sistema único de saúde – uma reflexão. Revista da Abeno, v.4, n.1, p.38-41, 2004.

PIMENTEL, O.J.A. Odontologia do trabalho. Odontol. Mod., v.3, n.2, p.98-9, 1976.

PINHEIRO, M.F., CANGUSSU, M.C.T., VIANNA, M.I.P. Condições de saúde bucal em trabalhadores de indústria metalúrgica – região metropolitana de Salvador. In: Anais do 18o ENATESPO. Salvador, 2005.

PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. 4.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. 541p.

PIZZATTO, E. Saúde bucal no contexto da saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção. Araçatuba, 2002. 110p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

SAPPINGTON, C.O. The functions of industrial hygiene and their relationship to industrial dentistry. Ind. Med., v.18, n.8, p.347-9, 1949.

SCHOU, L. Oral health promotion at worksites. Int. Dent. J., v.39, n.2, p.122-8, 1989.

SCHOU, L. Oral health promotion in the workplace. In: SCHOU, L., BLINKHORN, A. S. Oral health promotion. Oxford: Oxford Medical Publication, 1993. p.189-206.

SCHOU, L., MONRAD, A. A follow up study of dental patient education in the workplace; participants' opinions. Patient Education and Counseling, v.14, p.45-51, 1989.

SCHWARTZ, E. A proportionate mortality ratio analysis of pulp and paper mill workers in New Hampshire. Br. J. Ind. Med., v.45, n.4, p.234-8, 1988.

SILVA, R.B., SOUTO, D.F. Modelo de serviço assistencial em odontologia ocupacional – 1ª parte. Odontol. Mod., v.10, n.9, p.36-9, 1983.

VIANNA, M.I.P., SANTANA, V.S. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. Cad. Saúde Públ., v.17, n.6, p.1335-44, 2001.

WALLS, R.M., BETHLEHEM, P. A dental program for industry. J. Am. Dent. Assoc., v.29, n.7, p.1083-9, 1942.

Capítulo 2

ANÁLISE DO ESTADO DE SAÚDE BUCAL DE ADULTOS TRABALHADORES[2]

3.1 RESUMO

O objetivo do presente estudo consiste em avaliar clinicamente o estado de saúde bucal de trabalhadores pertencentes a quatro grupos distintos, no que diz respeito a modalidade de assistência odontológica. Foram selecionados 240 trabalhadores entre 35 e 44 anos, através do processo de amostragem probabilística aleatória composta por conglomerados, sendo 60 trabalhadores de cada grupo. O exame clínico intrabucal seguiu o modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde onde foram avaliadas as seguintes variáveis além de idade, sexo e grau de instrução: uso e necessidade de prótese; cárie dentária e necessidade de tratamento; doença periodontal e alterações de tecido mole. O CPO-D médio encontrado para cada grupo foi o seguinte: GI 23,73; GII 25,23; GIII 26,20; GIV 26,70. Sendo que para todos os grupos avaliados o componente P (perdido) representou mais que 50% da composição deste índice. Com relação ao exame periodontal todos os grupos, exceto o GI que apresentou 26,67%, apresentaram valores acima de 30% no que concerne a sextantes excluídos devido ao edentulismo. Ainda a respeito do edentulismo, os indivíduos do GI apresentaram maior média de dentes presentes (19,90), já os indivíduos do GIV apresentaram maior necessidade de uso de próteses, tanto superior quanto inferior. Com base no perfil epidemiológico estudado faz-se relevante a implantação e/ou reestruturação dos serviços de atenção em saúde bucal de adultos trabalhadores,

[2] Normalização segundo revista *Journal of Applied Oral Science* (Anexo D)

visando desta maneira aumento da qualidade de vida dos mesmos e por conseguinte da capacidade de trabalho.

Palavras chave: Odontologia ocupacional; Levantamentos de saúde bucal; Assistência odontológica.

3.2 ABSTRACT

ANALISYS OF THE ORAL HELTH STATE OF ADULT WORKERS

The objective of the present study was to clinically evaluate the oral health state of workers belonging to four distinctive groups, related to the modality of dental assistance. 240 workers were selected, aged 35 to 44, and randomly divided into 4 groups with 60 workers in each group. The oral exams followed the guidelines of WHO, evaluating sex, age, schooling, usage and need of prosthesis, caries and need of treatment, periodontal disease and soft tissue alterations. The mean DMFT found for each group was 23.73 (GI), 25.23 (GII), 26.20 (GIII), 26.70 (GIV). For all the evaluated groups the loss component (dental loss) represented more than 50% of the composition of these indexes. Regarding the periodontal exam, except for GI that presented 26.67%, all groups presented values higher than 30% of excluded sextants due to edentulous. Still regarding edentulous, GI presented the highest mean of present teeth (19.90), while GIV presented the highest need of prosthesis usage, either superior or inferior. Based on the epidemiological aspects it was found relevant the implantation and/or restructure of the attention services in oral health of the adult workers population studied, seeking for the increase of life quality of these workers as their work capacity.

Key words: Occupational dentistry; Dental health surveys; Dental care.

3.3 INTRODUÇÃO

Este início de novo século está sendo caracterizado pela sedimentação de novas regras regulamentadoras do mercado, onde a produtividade assume papel relevante. Novas formas de produção, viabilizadas pelos avanços tecnológicos, e por inovações no modo de organizar e gerir o trabalho, que têm uma abrangência global, vem introduzindo mudanças radicais na vida e relações das pessoas e países, e por conseqüência, no viver e adoecer das pessoas. Este processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, seus determinantes de saúde-doença, seu quadro epidemiológico, assim como as práticas de saúde voltadas para o trabalhador.

A doença aparece neste cenário como um subproduto do sistema de produção moderno que tem acometido muitos trabalhadores no Brasil e no mundo, rompendo o equilíbrio saúde-produtividade, acarretando prejuízos para o próprio trabalhador, para a empresa e para a nação como um todo, tornando crescente o reconhecimento, por parte do setor produtivo, que seu maior capital são seus recursos humanos.

As crescentes alterações ocorridas no mundo do trabalho, não se limitam somente ao processo produtivo, suas repercussões vão muito além, afetando toda a sociedade.

Sobre este prisma considera-se importante não somente levantar os problemas bucais que podem afetar diretamente os trabalhadores, deve-se analisar concretamente sua epidemiologia e patologia, assim como estudar o impacto que possam ocasionar em suas qualidades de vida, trazendo à tona novos elementos na

análise da causalidade das doenças e dos porquês da sua maior ocorrência e manutenção em determinados segmentos da sociedade.

3.4 REVISÃO DA LITERATURA

A partir da Conferência realizada em Ottawa (OMS, 1986), o conceito de promoção de saúde reaparece no cenário internacional com forte ênfase política, exigindo rigor e compromisso dos governos e dos povos, buscando melhor qualidade de vida e conseqüentemente mais saúde para todos.

No contexto contemporâneo, torna-se inviável – e até mesmo impossível – pensarmos em saúde geral de forma dissociada da saúde bucal, sendo o contrário também verdadeiro.

A Lei Orgânica da Saúde, lei que regulamenta o SUS, aprovada pelo Congresso Nacional em 19 de setembro de 1990, reconhece em seu Artigo 3º, que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais" [grifo do autor], e preconiza acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, sendo isto dever do Estado. Porém, este dever do Estado não excluí o das empresas e da sociedade (Brasil, 1990).

Sabendo que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país, e que o trabalho é considerado como um dos fatores determinantes e condicionantes em relação à saúde, existe a necessidade de uma investigação em relação ao cumprimento dessa legislação e sua aplicação nas ações de saúde voltadas à saúde bucal dos trabalhadores.

Através da Portaria Número 3.120, de 01 de julho de 1998, o Ministério da Saúde inclui a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde, e

com a finalidade de definir procedimentos básicos para suas ações adota a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, cujos objetivos são em suma, o de conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, bem como intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde e avaliar as medidas adotadas para a promoção de saúde (Brasil, 2001a; 2001b).

Inúmeras justificativas ainda podem ser relacionadas em defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores (Schou, 1993; Ferreira, 1995; Baroni, 1996; Midorikawa, 2001; Pizzatto, 2002). Justificativas estas, reforçadas pela recente regulamentação da Odontologia do Trabalho como especialidade odontológica, pelo Conselho Federal de Odontologia, através da Resolução CFO 22/2001 e regulamentação da área de atuação pela Resolução CFO 25/2002 (Brasil, 2001; Brasil, 2002).

A respeito dos serviços de assistência/atenção odontológica voltados ao trabalhador Petersen (1983), verificou maior número de dentes restaurados e menor número de dentes perdidos em trabalhadores que acessam serviços odontológicos empresariais.

Já Hollister e Weintraub (1993) procuraram estudar a associação do estado de saúde bucal com a saúde sistêmica, qualidade de vida e produtividade econômica. Verificaram que as condições de saúde bucal exercem influência direta na saúde sistêmica e qualidade de vida da população, assim como na produtividade econômica desta, onde patologias bucais são responsáveis pela perda de muitos dias de trabalho.

Estudo realizado por Lo e Schwarz (1994) em Hong Kong, em que foram examinados 372 adultos relata a ausência de edentulismo na população estudada, e

um CPO-D médio de 8,7. Valor nitidamente inferior àqueles encontrados na população brasileira.

Ferreira (1995) relata a crescente tendência de terceirização dos serviços odontológicos voltados ao trabalhador através da contratação de empresas de odontologia de grupo, as quais muitas vezes quarteirizam estes serviços. Cita também exemplos de empresas que possuem serviços odontológicos na forma de autogestão, sendo estes integrados ao Departamento Médico da empresa.

Botazzo et al. (1995) procuraram verificar as condições de acesso de adultos trabalhadores aos serviços odontológicos nos sistemas loco-regionais de saúde. Os autores concluíram que a atenção odontológica aos trabalhadores se dá quase que exclusivamente por meio de atendimentos de urgência e emergência, que atividades preventivas e educativas ocorrem de modo irregular, além da inexistência de atividades programáticas, isto é, não há programa de saúde bucal do adulto enquanto tal.

Em estudo realizado com o objetivo de verificar quais empresas ofereciam serviços de atenção odontológica a seus empregados, e como eram ofertados tais serviços, So & Schwarz (1995) pesquisaram somente empresas com mais de 100 empregados localizadas em Hong Kong. Verificaram que apenas 16% (n=58) destas empresas ofereciam tal benefício, quer seja sob a forma de seguro saúde (n=13), reembolso por tratamento realizado (n=12), serviços contratados (n=29) ou cirurgião-dentista da própria empresa (n=4).

No ano seguinte, estes mesmos autores (So & Schawarz, 1996), analisaram o comportamento dos trabalhadores em relação aos serviços odontológicos disponibilizados. Verificaram que, dos trabalhadores cobertos por algum tipo de

assistência odontológica, 40% não tinham ciência desta cobertura. Concluíram assim, que a simples oferta de serviços de assistência odontológica não traz benefícios em termos de saúde para o trabalhador, medidas adicionais são necessárias.

Ahlberg et al. (1996a) estudaram comparativamente, duas populações, sendo uma com acesso a programas odontológicos industriais (n= 325), e outra, utilizada como controle, que não possuía acesso a este benefício (n= 174). Registraram menor número de dentes cariados e raízes residuais na população que possuía acesso aos serviços odontológicos, e concluíram que a probabilidade de se ter dentes afetados pela doença cárie é associada negativamente ao acesso a programas odontológicos subsidiados pelas indústrias. Os mesmos autores (Ahlberg et al., 1996b) avaliaram o conhecimento e atitudes destes dois grupos de trabalhadores finlandeses sobre saúde bucal. Concluíram que o fato dos programas odontológicos industriais serem subsidiados ocasiona um impacto positivo em sua utilização e no conhecimento dos usuários acerca de saúde bucal.

Fishwick et al. (1998) avaliaram a eficácia de um programa preventivo, voltado a adultos trabalhadores, desenvolvido no próprio local de trabalho. Foram analisadas somente as condições periodontais destes trabalhadores, antes e após o desenvolvimento do programa preventivo. Observou-se uma significativa redução do sangramento gengival e dos locais de sondagem de bolsa no grupo de trabalhadores com o qual fora desenvolvido o programa preventivo. Os autores concluem que ficou comprovada a eficácia clínica de campanhas de conscientização em saúde bucal, desenvolvidas nos locais de trabalho.

Ahlberg et al. (1999) estudaram as condições dentárias, contagem de streptococcos mutans e demais fatores associados, em trabalhadores industriais do

sexo masculino com ou sem acesso ao atendimento odontológico subsidiado. No total, 315 trabalhadores com atendimento odontológico subsidiado e 168 sem atendimento subsidiado (grupo controle), foram comparados. O índice médio de cárie dentária mostrou-se significativamente inferior no grupo com atendimento odontológico subsidiado. Da mesma forma, trabalhadores pertencentes a este grupo, tendiam a possuir um número inferior no que se refere à contagem de streptococcos mutans que aqueles do grupo controle. Os autores finalizam reconhecendo a importância do atendimento odontológico subsidiado destinado a população adulta trabalhadora.

Através deste estudo Silva (2000) buscou verificar a percepção de condições de saúde bucal de uma população de adultos trabalhadores (n=113), assim como estabelecer o quadro epidemiológico através de indicadores objetivos. Tais indicadores revelaram um quadro epidemiológico com alta prevalência de cárie dental e de agravos periodontais, evidenciando a dificuldade de acesso desta população aos serviços de atenção à saúde bucal.

Midorikawa (2001) relata que, poucas empresas disponibilizam assistência odontológica a seus empregados, e que a implementação de serviços odontológicos trariam uma série de vantagens que compreenderiam desde o aumento da motivação do empregado, até o aumento da produtividade e da qualidade e competitividade dos produtos e serviços da empresa.

Lin et al. (2001), realizaram um estudo com 1573 adultos encontrando um CPO-D médio de 4,8, valor 4 vezes inferior a média do mesmo índice para a população brasileira na faixa etária de 35 a 44 anos.

Peres et al. (2004) afirmam que a odontologia, de modo especial após a criação da especialidade Odontologia do Trabalho, deve adaptar-se a fim de contemplar

uma população que fica descoberta na maioria dos programas odontológicos, população esta composta por adultos trabalhadores visando garantir o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS de universalidade, eqüidade e integralidade da atenção.

Em estudo epidemiológico realizado com população adulta, Silva et al. (2004) encontraram CPO-D igual a 22,86 sendo que os dentes restaurados representam 57% da composição deste índice e os dentes perdidos 40,5%, já a porcentagem de edentulismo na população estudada ficou em 8,9%. Os autores destacam ainda que são poucos os estudos acerca da saúde bucal da população adulta.

Lacerda et al. (2004) realizaram estudo envolvendo 754 trabalhadores entre 18 e 58 anos de idade. O índice CPO-D médio encontrado pelos autores foi de 20,2 sendo que o componente P (perdido) representou 54,1% do referido índice.

Tomita et al. (2005) realizaram estudo transversal a fim de avaliar as condições de saúde bucal de 219 trabalhadores da construção civil, com idade entre 17 e 72 anos. O índice CPO-D médio encontrado foi de 16,9 e apenas 2,7% dos indivíduos examinados apresentaram lesões em mucosa bucal.

Pinheiro et al. (2005) em acompanhamento realizado junto a trabalhadores de uma empresa metalúrgica da região metropolitana de Salvador, verificaram melhora nas condições de saúde bucal dos trabalhadores após a implantação de um programa de saúde bucal na empresa.

3.5 OBJETIVO

O objetivo deste estudo consiste em avaliar clinicamente o estado de saúde bucal de trabalhadores pertencentes a grupos distintos, estando estes grupos submetidos a diferentes modalidades de atenção/assistência odontológica, conhecendo desta forma a realidade em termos de saúde bucal do trabalhador e visando aprimorá-la, buscando um aumento da qualidade de vida no trabalho.

3.6 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo pode ser caracterizado como sendo um estudo transversal-exploratório-descritivo. Exploratório, pois constituiu-se em um aprofundamento sobre o tema - Saúde Bucal do Trabalhador - para em seguida planejar e executar a pesquisa do tipo descritiva, a qual objetiva descrever uma realidade através de seus fatos e fenômenos (Triviños, 1987).

A primeira fase deste trabalho foi realizada através de pesquisa documental e bibliográfica relativas ao tema abordado. Para a fase de pesquisa de campo foi utilizado um estudo do tipo transversal-descritivo, objetivando a caracterização, mais próxima da realidade, da população a ser estudada (Babbie, 1999; Marconi e Lakatos, 1999).

A moldura da amostra foi composta por trabalhadores de indústrias de Curitiba e Região Metropolitana

As empresas participantes foram selecionadas de forma intencional, tendo como critério a facilidade de acesso do pesquisador às mesmas, já a amostra dos trabalhadores destas indústrias foram selecionados com base na relação de empregados fornecida pela própria empresa por um processo de amostragem aleatória simples, finalizando o processo de amostragem probabilística aleatória composta por conglomerados.

As indústrias que fizeram parte dos conglomerados foram divididas em quatro grandes grupos, segundo o modelo de assistência odontológica disponibilizada aos seus empregados, conforme exposto abaixo:

- Grupo I: assistência odontológica ofertada em sistema de autogestão (03 indústrias);

- Grupo II: assistência odontológica ofertada de forma terceirizada, porém financiada pela própria empresa (03 indústrias);

- Grupo III: assistência odontológica ofertada de forma terceirizada, porém financiada pelos trabalhadores (03 indústrias);

- Grupo IV: ausência de oferta de assistência odontológica (03 indústrias).

Para seleção do grupo amostral (trabalhadores) foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: fazer parte do quadro efetivo da empresa por, no mínimo, 12 meses; possuir idade entre 35 e 44 anos; não estar utilizando aparelho ortodôntico fixo.

O exame clínico intrabucal realizado no grupo amostral, seguiu o modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) onde foram avaliadas as seguintes variáveis além de idade, sexo e grau de instrução: uso e necessidade de prótese; cárie dentária e necessidade de tratamento; doença periodontal e alterações de tecido mole (OMS, 1999).

O referido exame clínico fora realizado com auxílio de espelho plano nº 5, sonda periodontal OMS e espátula de madeira, compondo kits que eram abertos somente na ocasião do exame, passando por um processo de lavagem e esterilização em autoclave ao final do dia e os dados anotados em ficha clínica individual (Anexo E).

Tais exames foram realizados na própria empresa, por um único examinador previamente calibrado, sob iluminação artificial, estando o examinado sentado e examinador em pé.

Destaca-se que o diagnóstico, por ocasião do exame clínico intrabucal, de situações patológicas, principalmente desencadeadoras de processos álgicos, receberam encaminhamento para tratamento clínico, ou na própria empresa, ou na unidade de saúde responsável pelo território, ou mesmo na clínica odontológica do Centro Universitário Positivo.

Cabe ressaltar que foi realizado contato prévio explicitando os objetivos do presente estudo e protocolo de realização dos exames aos responsáveis por cada empresa a fim de obter autorização necessária para realizar a presente pesquisa (Anexo F). Além disto, fora obtido, por ocasião do exame, o consentimento informado dos trabalhadores (Anexo G).

Os dados coletados durante a fase diagnóstica foram transcritos para o programa estatístico Epibuco, produzido em linguagem *Fox Base*, onde foram tabulados e receberam tratamento estatístico. Para comparação entre os grupos utilizou-se análise de variância - ANOVA - e quando esta apontava significância entre as variáveis, utilizou-se teste de Turkey.

Vale lembrar que todas as fases deste estudo foram submetidas à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Processo FOA 03/01056 – Anexo H).

3.7 RESULTADOS

Durante a fase descritiva foram examinados, segundo a metodologia acima descrita, 240 trabalhadores sendo 60 de cada grupo. A média de idade foi de 39,83 (2,79) anos, não havendo diferença estatisticamente significante entre os quatro grupos (p>0,05).

O Gráfico 1 mostra a média de idade para cada um dos quatro grupos estudados.

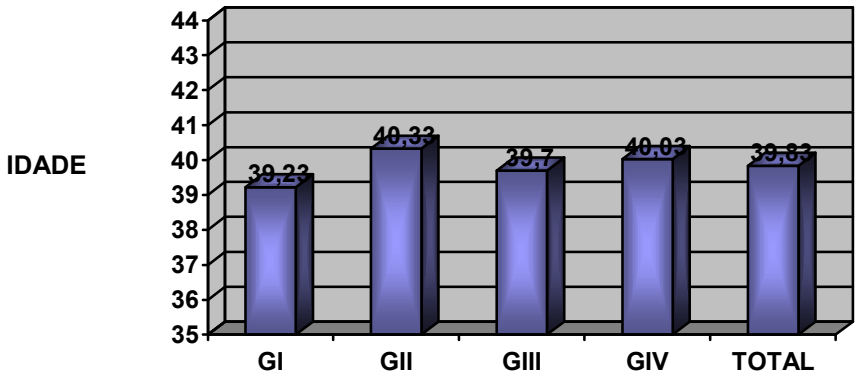

Gráfico 1 – Média de idade dos indivíduos examinados por grupo. Curitiba, 2005

O Gráfico 2 mostra a média do CPO-D para os quatro grupos examinados e média geral dos 240 trabalhadores. Já a Tabela 1 mostra a composição percentual do CPO-D para os quatro grupos examinados.

Embora exista, entre os grupos, uma pequena diferença entre as médias do índice CPO-D, tal diferença não é estatisticamente significante, segundo a análise realizada por meio da metodologia empregada (p>0,05).

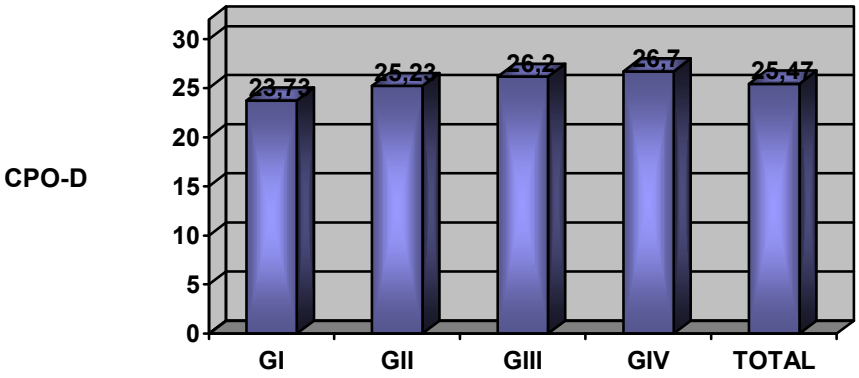

Gráfico 2 – Média do índice CPO-D dos trabalhadores examinados por grupo. Curitiba, 2005

Tabela 1 – Composição percentual do índice CPO-D para trabalhadores examinados segundo grupo. Curitiba, 2005

GRUPO	C	O/C	O	P	CPOD	N
I	3,65	3,37	41,99	50,98	100,00	60
II	2,25	3,04	35,80	58,92	100,00	60
III	3,31	4,96	36,26	55,47	100,00	60
IV	7,87	6,49	30,34	55,31	100,00	60

A diferença no índice CPO-D entre os sexos, não foi estatisticamente significante (p>0,05). Além disso, o grupo total de examinados foi predominantemente composto por trabalhadores do sexo masculino (212 trabalhadores). Também não houve diferença entre o CPO-D dos trabalhadores do setor administrativo (n=26) quando comparados com trabalhadores ditos chão-de-fábrica (n=214) (p>0,05).

As condições periodontais foram avaliadas utilizando os índices CPI e PIP, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999).

A Tabela 2 abaixo mostra a prevalência de doença periodontal na população estudada através do número médio de sextantes afetados por categoria segundo critérios do Índice Periodontal Comunitário (CPI).

Tabela 2 – Número médio de sextantes hígidos, com sangramento, cálculo, bolsa de 4 a 5 mm, bolsa de 6 ou mais mm e excluídos, segundo Grupo. Curitiba, 2005

GRUPO	Hígido	Sangramt	Cálculo	B.4a5mm	B.6e+mm	Excluído	N
I	2,10	1,10	0,70	0,43	0,07	1,60	60
II	1,13	1,13	0,57	1,00	0,00	2,17	60
III	1,20	1,10	1,00	0,90	0,00	1,80	60
IV	1,30	1,03	0,60	1,00	0,03	2,03	60

A Tabela 3 mostra a composição percentual dos sextantes examinados, segundo escore do CPI.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos sextantes conforme o escore do CPI, e excluídos segundo Grupo. Curitiba, 2005

GRUPO	Hígido	Sangramt	Cálculo	B.4a5mm	B.6e+mm	Excluído	N
I	35,00	18,33	11,67	7,22	1,11	26,67	60
II	18,89	18,89	9,44	16,67	0,00	36,11	60
III	20,00	18,33	16,67	15,00	0,00	30,00	60
IV	21,67	17,22	10,00	16,67	0,56	33,89	60

A respeito destes resultados, quando comparados o número médio de sextantes hígidos nos diferentes grupos, o GI apresenta diferença estatisticamente significante em relação aos três outros grupos ($p<0,001$). Contudo, tal diferença não mostra-se significante quando comparado o número médio de sextantes excluídos por grupo ($p>0,05$).

A Tabela 4 mostra o número médio de sextantes com perda de inserção periodontal (PIP), por grupo de trabalhadores examinado.Já a Tabela 5 mostra a distribuição percentual dos sextantes conforme a perda de inserção periodontal (PIP).

Tabela 4 – Número médio de sextantes conforme a perda de inserção periodontal (PIP), e excluídos, segundo Grupo. Curitiba, 2005

GRUPO	0-3mm	4-5mm	6-8mm	9-11mm	12e+mm	Excluído	N
I	3,87	0,40	0,00	0,10	0,03	1,60	60
II	2,93	0,57	0,07	0,17	0,10	2,17	60
III	3,30	0,60	0,07	0,07	0,17	1,80	60
IV	2,83	0,80	0,07	0,17	0,10	2,03	60

Tabela 5 – Distribuição percentual dos sextantes conforme a perda de inserção periodontal (PIP), e excluídos segundo Grupo. Curitiba, 2005

GRUPO	0-3mm	4-5mm	6-8mm	9-11mm	12 e+mm	Excluído	N
I	64,44	6,67	0,00	1,67	0,56	26,67	60
II	48,89	9,44	1,11	2,78	1,67	36,11	60
III	55,00	10,00	1,11	1,11	2,78	30,00	60
IV	47,22	13,33	1,11	2,78	1,67	33,89	60

A média de sextantes com perda de inserção periodontal de até 3 mm foi significativamente maior nos trabalhadores que compuseram o Grupo I quando comparado com trabalhadores dos demais grupos ($p<0,05$).

O perfil de utilização de prótese verificado na população estudada encontra-se descrito na Tabela 6 e ilustrado nos Gráficos 3 e 4 abaixo.

Tabela 6 – Número e porcentagem de indivíduos que usam prótese, por Grupo. Curitiba, 2005

Grupo	Arco		Não utiliza	Utiliza
I	Sup	N	21	39
		%	35,0%	65,0%
	Inf	N	31	29
		%	51,6%	48,4%
II	Sup	N	14	46
		%	23,3%	76,7%
	Inf	N	21	39
		%	35,0%	65,0%
III	Sup	N	17	43
		%	28,3%	71,7%
	Inf	N	25	35
		%	41,7%	58,3%
IV	Sup	N	29	31
		%	48,4%	51,6%
	Inf	N	32	28
		%	53,3%	46,7%
Total	Sup	N	81	159
		%	33,7%	66,3%
	Inf	N	109	131
		%	45,4%	54,6%

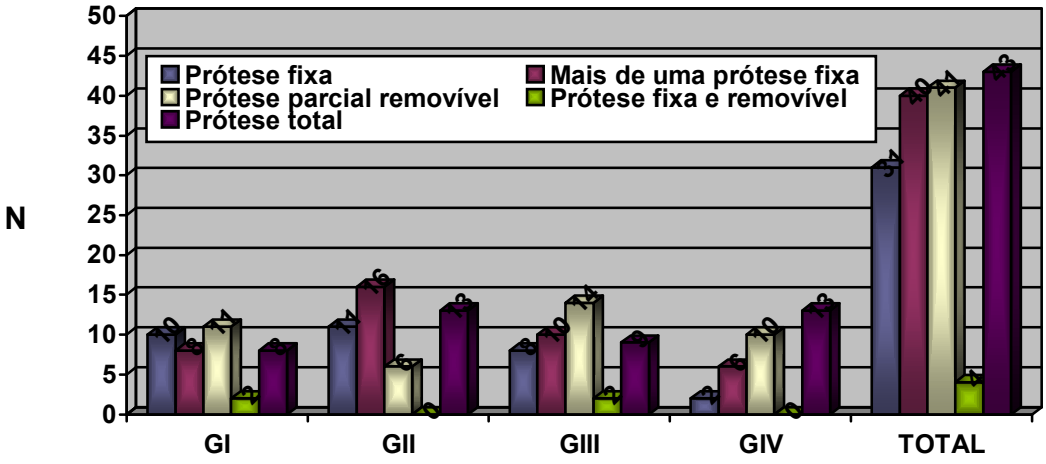

Gráfico 3 – Perfil de utilização de prótese superior, segundo o tipo de prótese utilizada. Curitiba, 2005

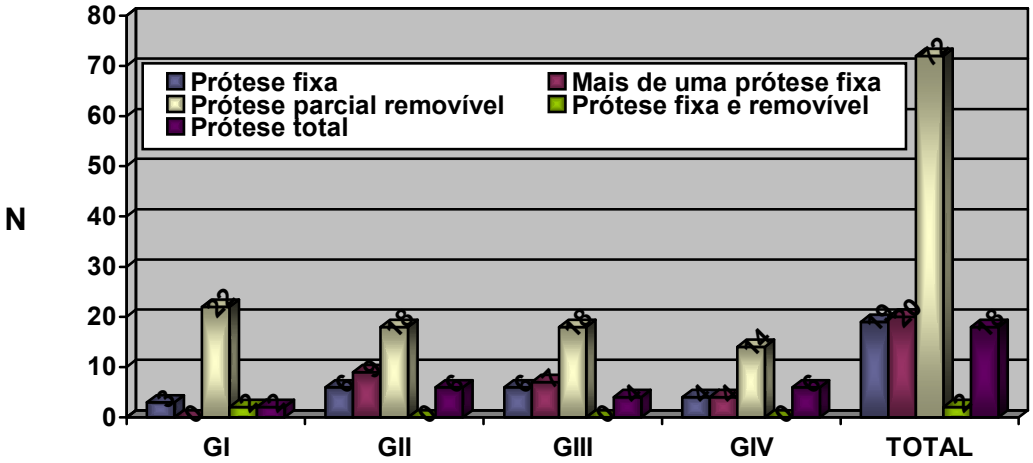

Gráfico 4 – Perfil de utilização de prótese inferior, segundo o tipo de prótese utilizada. Curitiba, 2005

O perfil de necessidade de prótese encontrado na população estudada está descrito na Tabela 7 e ilustrado nos Gráficos 5 e 6 abaixo.

Tabela 7 – Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, por Grupo. Curitiba, 2005

Grupo	Arco		Não necessita	Necessita
I	Sup	N	32	28
		%	53,3%	46,7%
	Inf	N	31	29
		%	51,6%	48,4%
II	Sup	N	25	35
		%	41,7%	58,3%
	Inf	N	28	32
		%	46,7%	53,3%
III	Sup	N	24	36
		%	40,0%	60,0%
	Inf	N	22	38
		%	36,7%	63,3%
IV	Sup	N	20	40
		%	33,3%	66,6%
	Inf	N	20	40
		%	33,3%	66,6%
Total	Sup	N	101	139
		%	42,1%	57,9%
	Inf	N	101	139
		%	42,1%	57,9%

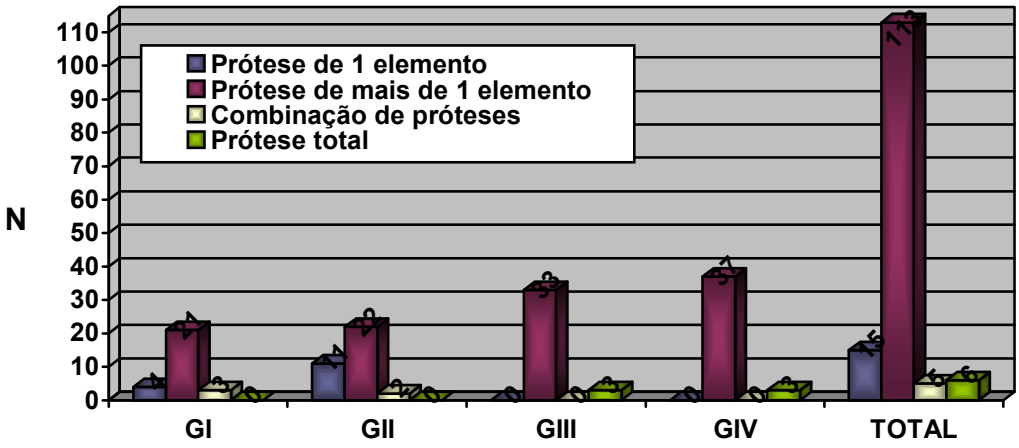

Gráfico 5 – Perfil de necessidade de prótese superior, segundo o tipo de prótese. Curitiba, 2005

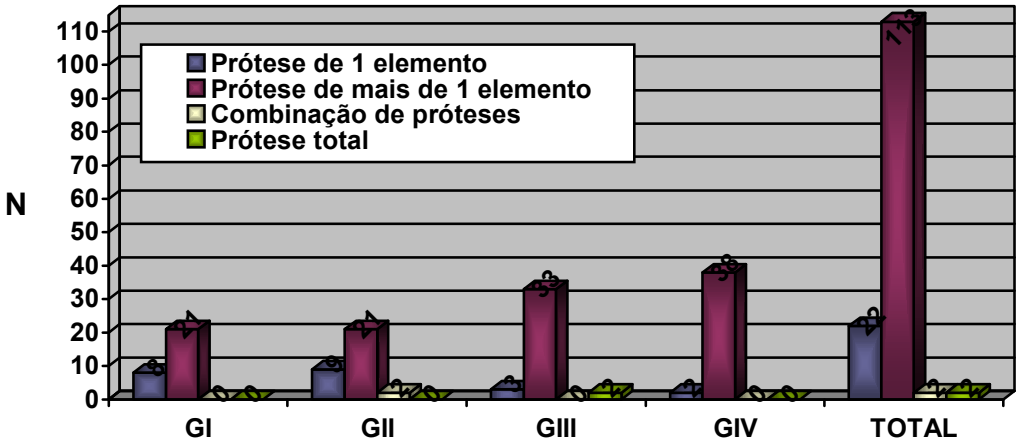

Gráfico 6 – Perfil de necessidade de prótese inferior, segundo o tipo de prótese. Curitiba, 2005

O número médio de dentes presentes foi de 17,91 (7,06) dentes, não havendo diferença estatisticamente significante entre os grupos estudados (p>0,05). Do total de trabalhadores examinados 132 apresentavam 20 ou mais dentes presentes, representando 55% da amostra.

3.8 DISCUSSÃO

A discussão deve ser iniciada lembrando que os dados aqui apresentados não devem ser tomados como representativos do segmento dos trabalhadores de Curitiba e Região Metropolitana, uma vez que, como descrito na metodologia, a seleção das industrias que compuseram a moldura da amostra ocorreu de forma não aleatória.

O CPO-D médio (25,47) encontrado na amostra estudada ficou acima da média do mesmo índice para Região Sul (20,61), e também da média nacional (20,13) para a faixa etária (Brasil, 2004), sendo tal diferença estatisticamente significante ($p<0,001$). Faz-se necessário novos estudos a fim de verificar as razões para tal diferença, bem como averiguar se a mesma ocorreu de forma isolada, ou realmente, tal perfil é tendência nesta população específica.

A respeito da média do CPO-D nos diferentes grupos estudados, as diferenças não são estatisticamente significantes ($p>0,05$) indicando não haver melhores condições de saúde bucal, pelo menos no que tange a cárie dentária, nos grupos de trabalhadores cobertos por serviços de assistência odontológica.

Contrapondo o presente resultado Ahlberg et al. (1999) encontraram menor número de doença cárie em grupo de trabalhadores que possuíam atendimento odontológico subsidiado, quando comparado ao grupo controle, o qual não possuía tal benefício. Ainda, os trabalhadores do grupo controle possuíam número superior no que se refere a contagem de *streptococcos mutans* que aqueles que recebiam atendimento odontológico subsidiado pela empresa.

Os mesmos autores em estudo realizado anteriormente (Ahlberg et al., 1996a) verificaram que, trabalhadores que possuíam acesso aos serviços

odontológicos da empresa, apresentavam menor número de dentes afetados pela doença cárie.

Em estudo realizado por Gomes et al. (2004) em município localizado no interior do estado de São Paulo, com população adulta pertencente a mesma faixa etária, fora relatado valor médio do CPO-D igual a 21,3 próximo, porém inferior, ao encontrado no estudo atual.

Frazão et al. (2003) ao trabalharem com dados secundários referentes às condições de saúde bucal de uma amostra da população adulta (35-44 anos de idade) do estado de São Paulo, encontraram valor médio do índice CPO-D igual a 22,39 sendo o componente perdido responsável por metade deste valor. Dados estes que se situam bastante próximo da realidade encontrada na amostra estudada, onde o componente perdido representou 55,24% do total do CPO-D verificado para a população.

Lacerda et al. (2004) também apresentam resultados bastante próximos no que tange a média do índice CPO-D (20,2) e relatam que o componente perdido foi responsável por 54,1% deste valor.

Silva et al. (2004) relatam que, do valor médio de 22,86, representado pelo CPO-D para população estudada a maior parte (57%) foi composta pelo componente restaurado e 40,5% composto pelo componente perdido.

Estudo realizado por Cangussu et al. (2001) os autores encontraram CPO-D médio de 21,01 para a população de 35 a 44 anos de idade, com alto percentual de perda dentária e uso e necessidade de próteses. Concluem afirmando que é necessário facilitar o acesso aos serviços odontológicos para população desta faixa etária.

Com relação às condições de acesso de adultos trabalhadores aos serviços públicos odontológicos, Botazzo et al. (1995) afirmam que a atenção

odontológica aos trabalhadores é sintomática, ocorrendo por meio de atendimentos em serviços de urgência e emergência.

Silva (2000) destaca a alta prevalência de cárie dental e agravos periodontais na população adulta trabalhadora, evidenciando a dificuldade de acesso desta população aos serviços de atenção em saúde bucal. Fato este também verificado por Peres et al. (2004) que afirmam que a população adulta trabalhadora fica descoberta da maioria dos programas públicos de atenção odontológica.

Em relação às condições periodontais, a oferta de serviços odontológicos sob o sistema de autogestão mostrou ser fator diferenciador, onde trabalhadores pertencentes a este grupo apresentaram melhores condições no que se refere ao índice CPI e PIP. Contudo o número de sextantes excluídos da avaliação por serem edêntulos ou apresentarem menos de dois dentes presentes foi representativo em todos os grupos, não havendo diferença estatisticamente significante entre os mesmos no que tange a esta variável específica.

Ainda, a respeito do edentulismo, o número médio de dentes presentes foi de 17,91 (7,06) quando avaliados todos os grupos, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os mesmos ($p>0,05$). Já, o percentual de trabalhadores com 20 ou mais dentes presentes (55%) ficou bem abaixo da meta proposta pela OMS para o ano 2000, a qual preconiza 75% dos indivíduos da faixa etária de 35 a 44 anos com 20 ou mais dentes presentes (FDI, 1982). Contudo, o percentual encontrado no presente estudo condiz com a realidade brasileira, onde apenas 53,96% da população apresenta 20 ou mais dentes (Brasil, 2004).

Tais ausências dentárias são, em partes supridas pelo uso de próteses, já que, na população estudada, 66,3% utilizam algum tipo de prótese superior e 54,6%

fazem uso de prótese inferior. O percentual de trabalhadores que necessitam de próteses dentárias também é elevado, 57,9% da amostra total necessitam de prótese superior e/ou inferior. Estes números divergem daqueles encontrados por Moimaz et al. (2002), onde, em estudo de base epidemiológica com população adulta, verificaram que a maior parte dos indivíduos (58,77%) não utilizam próteses dentárias e 36,93% necessitavam deste tratamento reabilitador.

Os altos índices de CPO-D e edentulismo apresentados neste e nos demais estudos realizados com população adulta brasileira, com alta prevalência de componente perdido, evidenciam o fracasso dos modelos odontológicos baseados na doença, e que apresentavam como estratégia principal o assistencialismo odontológico, por meio de práticas curativo-restauradoras.

O modelo de atenção em saúde bucal do trabalhador em construção, deve fugir do assistencialismo puro e simples, pautando suas ações em práticas multiprofissionais e intersetoriais com foco na promoção de saúde.

3.9 CONCLUSÃO

Com base na revisão da literatura e nos resultados obtidos no estudo de campo, parece pertinente concluir que:

- A população estudada apresentou um índice CPOD maior que a média para a faixa etária;
- No que tange a cárie dentária não há diferença estatisticamente significante na comparação entre os quatro grupos estudados;
- Ao avaliar os componentes deste índice, contata-se que a amostra estudada apresenta maior número de dentes perdidos, sendo que estes respondem a mais de 50% do índice;
- Com relação a doença periodontal constata-se que, assim como para a população brasileira em geral, a amostra estudada apresenta aproximadamente 1/3 dos sextantes excluídos, ou seja, edêntulos ou com menos de dois dentes presentes.
- Constata-se ainda, que a simples oferta de serviços de assistência odontológica não traz benefícios em termos de saúde para o trabalhador, faz-se necessário um correto planejamento das ações a serem desenvolvidas, as quais devem ser articuladas com os demais programas de atenção a saúde dos trabalhadores.

3.10 REFERÊNCIAS

AHLBERG J, MURTOMAA H, MEURMAN JH. Subsidized dental care associated with lower mutans streptococci count in male industrial workers. Acta Odontol. Scand. 1999; 57(2): 83-6.

AHLBERG J, TUOMINEN R, MURTOMAA H. Subsidized dental care improves caries status in male industrial workers. Community Dent. Oral Epidemiol. 1996a; 24(4): 249-52.

AHLBERG J, TUOMINEN R, MURTOMAA H. Dental knowledge, attitudes towards oral health care and utilization of dental services among male industrial workers with or without an employer-provided dental benefit scheme. Community Dent. Oral Epidemiol. 1996b; 24(6): 380-4.

BABBIE E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 519p.

BARONI G. A influência da dor de dente. Rev. CIPA. 1996; 17(202): 40-51.

BOTAZZO C, BERTOLINI SR, CORVÊLHO VM. Atenção em saúde bucal: condição atual de acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. Divulg. Saúde Debate. 1995; 10: 43-53.

BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Baixa normas sobre anuncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização. 2001.

BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 25/2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instrução Normativa de Vigilância em saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/Trabalhador/> Acesso em: 04 abr. 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Número 3.120, de 01 de julho de 1998. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/ programas/Trabalhador/>. Acesso em: 04 abr. 2001b.

BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990; Brasília, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004. 64p.

CANGUSSU MCT, COELHO EO, CASTELLANOS FERNANDEZ RA. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba/SP, Brasil – 2000. Rev. Odontol. UNESP. 2001; 30(2): 245-56.

FDI. Federation Dentaire Internacionale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J. 1982; 32(1): 74-7.

FERREIRA RA. O valor da saúde bucal nas empresas. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 1995; 51(6): 96-107.

FISHWICK MR, ASHLEY FP, WILSON RF. Can a workplace preventive programme affect periodontal health? Br. Dent. J. 1998; 184(6): 290-3.

FRAZÃO P, ANTUNES JLF, NARVAI PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev. Bras. Epidemiol. 2003; 6(1): 49-56.

GOMES PR, COSTA SC, CYPRIANO S, SOUSA MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 866-70.

HOLLISTER MC, WEINTRAUB JA. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. J. Dent. Educ. 1993; 57(12): 901-12.

LACERDA JT, SIMIONATO EM, PERES KG, PERES MA, TRAEBERT J, MARCENES W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública. 2004; 38(3): 453-8.

LIN HC, WONG MCM, ZHANG HG, LO ECM, SCHWARZ E. Coronal and root caries in Southern Chinese adults. J Dent Res. 2001; 80: 1475-9.

LO ECM, SCHWARZ E, Tooth and root conditions in the middle-age and the elderly in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol. 1994; 22: 381-5.

MARCONI MA, LAKATOS EM. Técnicas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 260p.

MIDORIKAWA ET. Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional. Rev. CIPA. 2001; 22(258): 52-69.

MOIMAZ SAS, TANAKA H, GARBIN CAS, SALIBA, TA. Prótese dentária: avaliação do uso e necessidade em população adulta. Rev. paul. odontol. 2002; 24(5): 31-4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa, de 21 de novembro de 1986. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 66p.

PERES AS, OLYMPIO KPK, CUNHA LSC, BARDAL PAP. Odontologia do trabalho e sistema único de saúde – uma reflexão. Revista da ABENO. 2004; 4(1): 38-41.

PETERSEN PE. Dental health among workers at a Danish chocolate factory. Community Dent. Oral Epidemiol. 1983; 11(6): 337-41.

PINHEIRO MF, CANGUSSU MCT, VIANNA MIP. Condições de saúde bucal em trabalhadores de indústria metalúrgica – região metropolitana de Salvador. In: Anais do 18o ENATESPO. 2005.

PIZZATTO, E. Saúde bucal no contexto da saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção. Araçatuba, 2002. 110p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

SCHOU L. Oral health promotion in the workplace. In: SCHOU, L., BLINKHORN, A. S. Oral health promotion. Oxford: Oxford Medical Publication, 1993. p.189-206.

SILVA DD, SOUSA MLR, WADA RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2): 626-31.

SILVA DRAD. Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores. São Paulo, 2000. 67p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SO FHC, SCHWARZ E. Demand for and utilization of dental services among Hong Kong employees and without dental benefit coverage. Community Dent. Oral Epidemiol. 1996; 24(3): 201-6.

SO FHC, SCHWARZ E. Prevalence and structure of dental benefit schemes in Hong Kong. Community Dent. Health. 1995; 12(1): 12-7.

TOMITA NE, CHINELLATO LEM, LAURIS JRP, KUSSANO CM, MENDES HJ, CARDOSO, MTV. Oral health of building construction workers: an epidemiological approach. 2005; 13(1): 24-7.

TRIVIÑOS ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

Considerações Finais

Contida no campo de atenção à saúde do trabalhador, a Odontologia do Trabalho encontra-se em fase interessante de construção e portanto de importante discussão, e a este respeito parece relevante considerar:

Dentre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador – incluindo àquelas em saúde bucal - devem ter como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Cabe destacar ainda que, na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como conseqüência, esse campo de atuação tem interface com o sistema produtivo e a geração de riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e seguridade social.

Neste contexto, o fornecimento de ações de atenção odontológica para pessoas institucionalizadas apresenta-se como um desafio para os profissionais da odontologia. Nesses desafios estão a formação profissional, a disponibilidade de equipamentos, recursos para a assistência e as condições bucais dos adultos. Assim, identificar as condições de saúde bucal e a necessidades de tratamento da população trabalhadora é uma necessidade emergente.

Fica, desta forma, evidente a necessidade do desenvolvimento de ações de atenção em saúde bucal voltadas a esta população específica, que compreendam

práticas curativo-reabilitadoras mas que não se esgotem nelas, contemplando também ações de caráter preventivo promocionais.

Ainda, toda a programação deve ser inserida num contexto de promoção de saúde incluindo atividades de educação permanente, procedimentos preventivos, de tratamento e reabilitação para consequentemente evitar a negligência continuada.

As ações de atenção em saúde do trabalhador devem conter também, atividades de promoção, proteção e reabilitação da saúde, de forma integrada e buscando o resgate do saber do trabalhador sobre as relações saúde/doença/trabalho, fazendo com que atue ativamente neste processo.

Cabe alertar que o modelo de odontologia do trabalho a ser construído não seja um modelo essencialmente assistencialista. A atenção odontológica deve estar atenta para as manifestações de doenças ocupacionais porém, não se limitar a elas, deve procurar respeitar a conceituação de atenção odontológica como algo que vai além do simples tratamento curativo-restaurador, e para que isto ocorra, o programa odontológico empresarial deve atuar integrado com os demais programas de atenção ao trabalhador, desenvolvidos pela empresa, passando a ter uma visão holística do processo saúde-doença-trabalho.

Finalizando, o modelo de atenção odontológica disponibilizado aos trabalhadores muitas vezes reside no assistencialismo odontológico, levando à ações e programas por vezes dispendiosos por parte das empresas, mas não resolutivos.

Anexos

ANEXO A

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

RESOLUÇÃO CFO-22/2001

Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95.

O Presidente do Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições regimentais, cumprindo deliberação do Plenário, em reunião realizada no dia 20 de dezembro de 2001, considerando as decisões tomadas durante a II Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas promovida no período de 06 a 09 de setembro de 2001, em Manaus (AM),

RESOLVE:

Art. 1º. O anúncio e o exercício das especialidades odontológicas, bem como o funcionamento dos cursos de especialização, para fins de registro e inscrição como especialistas nos Conselhos de Odontologia, reger-se-ão pelas Normas que com esta se publica.

Art. 2º. Ficam revogados o Capítulo VIII, do Título I; Capítulos I, II e III, do Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO198/95.

Art. 3º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO: NORMAS SOBRE ANÚNCIO E EXERCÍCIO DAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E SOBRE CURSOS DE ESPECAILIZAÇÃO

(Aprovadas pela Resolução CFO-22/2001)

TÍTULO I

ANÚNCIO E EXERCÍCIO DAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CAPÍTULO I

Art. 1º. A especialidade é uma área específica do conhecimento, exercida por profissional qualificado a executar procedimentos de maior complexidade, na busca de eficácia e da eficiência de suas ações.

Parágrafo único: No exercício de qualquer especialidade odontológica o cirurgião-dentista poderá prescrever medicamentos e solicitar exames complementares que se fizerem necessários ao desempenho em suas áreas de competência.

Art. 2º. O anúncio do exercício das especialidades em Odontologia obedecerá ao disposto nestas normas.

Art. 3º. Para se habilitar ao registro e à inscrição, como especialista, o cirurgião-dentista deverá atender a um dos seguintes requisitos:

a)possuir título de livre-docente ou de doutor, na área da especialidade;
b) possuir título de mestre, na área da especialidade, conferido por cursos que atendam às exigências do Conselho Nacional de Educação;
c) possuir certificado conferido por curso de especialização ou programa de residência em Odontologia que atenda às exigências do CFO;
d) possuir diploma expedido por curso de especialização, realizado pelos Serviços de Saúde das Forças Armadas, desde que atenda às exigências do CFO, quanto aos cursos de especialização.
e) possuir diploma ou certificado conferido por curso de especialização ou residência na vigência das Resoluções do Conselho Federal de Odontologia ou legislação específica anterior, desde que atendidos todos os seus pressupostos e preenchidos os seus requisitos legais.

§ 1º. São vedados o registro e a inscrição de duas especialidades com base no mesmo curso realizado, bem como mais de duas especialidades, mesmo que oriundas de cursos ou documentos diversos.

§ 2º. Quando se tratar de curso de mestrado e doutorado, com área de concentração em duas ou mais especialidades, poderão ser concedidos registro e inscrição em apenas uma delas, desde que:

a) no certificado expedido conste a nomenclatura correta da especialidade pretendida;
b) a carga horária na área seja igual ou superior ao número de horas previsto para a especialidade.

§ 3º. Os títulos referidos nas alíneas "a" e "b" deste artigo, somente darão direito ao seu possuidor de se habilitar ao registro e à inscrição, como especialista, para fins de anúncio e exercício profissional, caso os cursos de doutorado e mestrado sejam reconhecidos pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação e do Desporto.

Art. 4º. Os registros e as inscrições somente poderão ser feitos nas seguintes especialidades:

a)Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais;
b) Dentística;
c) Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor-Orofacial;
d) Endodontia;
e) Estomatologia;
f) Imaginologia Dento-Maxilo-Facial;
g) Implantodontia;
h) Odontologia Legal;
i) Odontologia do Trabalho;
j) Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais;
l) Odontogeriatria;
m) Odontopediatria;
n) Ortodontia;
o) Ortopedia Funcional dos Maxilares;
p) Patologia Bucal;
q) Periodontia;
r) Prótese Buco-Maxilo-Facial;
s) Prótese Dentária; e,
t) Saúde Coletiva.

Art. 5º. O exercício da especialidade não implica na obrigatoriedade de atuação do profissional em todas as áreas de competência, podendo ele atuar, de forma preponderante, em apenas uma delas.

SEÇÃO I

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS

Art. 6º. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais é 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.

Art. 7º. 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; e,
f) Diagnóstico e tratamento cirúrgico de cistos; afecções radiculares e perirradiculares; 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 e 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. 8º. É vedado ao cirurgião-dentista o uso da via cervical infra-hióidea, por fugir ao domínio de sua área de atuação, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estético-funcionais do aparelho mastigatório.

Art. 9º. 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. 10. Somente poderão ser realizadas, em consultórios ou ambulatórios, cirurgias passíveis de serem executadas sob anestesia local.

Art. 11. Ocorrendo o óbito do paciente submetido a cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, realizada exclusivamente por cirurgiões-dentistas, o atestado de óbito será fornecido pelos serviços de patologia, de verificação do óbito ou de Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Art. 12. Nos casos de enxertos autógenos, cuja região doadora se encontre fora da área buco-maxilo-facial, os mesmos deverão ser retirados por médicos.

Art. 13. É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, sublingual, submandibular), o acesso da via cervical infra-hióidea, bem como a prática de cirurgias estéticas, ressalvadas as estético-funcionais do sistema estomatognático que são da competência do cirurgião-dentista.

Art. 14. Nos procedimentos em pacientes politraumatizados o cirurgião-dentista membro da equipe de atendimento de urgência deve obedecer a um protocolo de prioridade de atendimento do paciente devendo sua atuação ser definida pela prioridade das lesões do paciente.

Art. 15. Em lesões de área comum à Odontologia e à Medicina e quando a equipe for composta por cirurgião-dentista e médico-cirurgião, o tratamento deverá ser realizado em forma conjunta ficando a chefia da equipe a cargo do profissional responsável pelo tratamento da lesão de maior gravidade e/ou complexidade.

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

SEÇÃO II
DENTÍSTICA

Art. 16. A Dentística, em uma visão abrangente e humanística, tem como objetivo o estudo e a aplicação de procedimentos educativos, preventivos e terapêuticos, para devolver ao dente sua integridade fisiológica, e assim contribuir de forma integrada com as demais especialidades para o restabelecimento e a manutenção da saúde do sistema estomatognático.

Art. 17. As áreas de competência para atuação do especialista em Dentística incluem:

a) procedimentos educativos e preventivos, devendo o especialista informar e educar o paciente e a comunidade sobre os conhecimentos indispensáveis à manutenção da saúde;
b) procedimentos estéticos, educativos e preventivos;

c) procedimentos conservadores da vitalidade pulpar;
d) restabelecimento das relações dinâmicas e funcionais dos dentes em oclusão;
e) manutenção e controle das restaurações;
f) restaurações das lesões dentárias através de procedimentos diretos e indiretos;
g) confecção de restaurações estéticas indiretas, unitárias ou não; e,
h) Restauração e prótese adesivas diretas.

SEÇÃO III

DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR E DOR OROFACIAL

Art. 18. Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial é a especialidade que tem por objetivo promover e desenvolver uma base de conhecimentos científicos para melhor compreensão no diagnóstico e no tratamento das dores e desordens do aparelho mastigatório, região orofacial e outras estruturas relacionadas.

SEÇÃO IV

ENDODONTIA

Art. 19. Endodontia é a especialidade que tem como objetivo a preservação do dente por meio de prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle das alterações da polpa e dos tecidos perirradiculares.

Art. 20. As áreas de competência para atuação do especialista em Endodontia incluem:

a) procedimentos conservadores da vitalidade pulpar;
b) procedimentos cirúrgicos no tecido e na cavidade pulpares;
c) procedimentos cirúrgicos para-endodônticos; e,
d) tratamento dos traumatismos dentários.

SEÇÃO V

ESTOMATOLOGIA

Art. 21. Estomatologia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento das doenças próprias da boca e suas estruturas anexas, das manifestações bucais de doenças sistêmicas, bem como o dignóstico e a prevenção de doenças sistêmicas que possam eventualmente interferir no tratamento odontológico.

Art. 22. As áreas de competência para atuação do especialista em Estomatologia incluem:

a) promoção e execução de procedimentos preventivos em nível individual e coletivo na área de saúde bucal;
b) obtenção de informações necessárias à manutenção da saúde do paciente, visando à prevenção, ao diagnóstico, ao prognóstico e ao tratamento de alterações estruturais e funcionais da cavidade bucal e das estruturas anexas; e,
c) realização ou solicitação de exames complementares, necessários ao esclarecimento do diagnóstico.

SEÇÃO VI

IMAGINOLOGIA DENTO-MAXILO-FACIAL

Art. 23. Imaginologia Dento-Maxilo-Facial é a especialidade que tem como objetivo a aplicação dos métodos exploratórios por imagem com a finalidade de diagnóstico, acompanhamento e documentação do complexo buco-maxilo-facial e estruturas anexas.

Art. 24. As áreas de competência para atuação do especialista em Imaginologia Dento-Maxilo-Facial incluem:

a) obtenção, interpretação e emissão de laudo das imagens de estruturas buco-maxilo-faciais e anexas obtidas, por meio de: radiografia convencional, digitalizada, subtração, tomografia convencional e computadorizada, ressonância magnética, ultra-sonografia, e outros; e,
b) auxiliar no diagnóstico, para elucidação de problemas passíveis de solução, mediante exames pela obtenção de imagens e outros.

SEÇÃO VII

IMPLANTODONTIA

Art. 25. Implantodontia é a especialidade que tem como objetivo a implantação na mandíbula e na maxila, de materiais aloplásticos destinados a suportar próteses unitárias, parciais ou removíveis e próteses totais.

Parágrafo único. Na atuação do especialista em Implantodontia observar-se-á o disposto nos Artigos 10 e 12, referentes a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.

Art. 26. As áreas de competência para atuação do especialista em Implantodontia incluem:

a) diagnóstico das condições das estruturas ósseas dos maxilares;
b) diagnóstico das alterações das mucosas bucais, e das estruturas de suporte dos elementos dentários;
c) técnicas e procedimentos de laboratório relativos aos diferentes tipos de prótese a serem executadas sobre os implantes;
d) técnicas cirúrgicas específicas ou afins nas colocações de implantes;
e) manutenção e controle dos implantes; e,
f) realização de enxertos ósseos e gengivais e de implantes dentários no complexo maxilo-facial.

SEÇÃO VIII

ODONTOLOGIA LEGAL

Art. 27. Odontologia Legal é a especialidade que tem como objetivo a pesquisa de fenômenos psíquicos, físicos, químicos e biológicos que podem atingir ou ter atingido o homem, vivo, morto ou ossada, e mesmo fragmentos ou vestígios, resultando lesões parciais ou totais reversíveis ou irreversíveis.

Parágrafo único. A atuação da Odontologia Legal restringe-se a análise, perícia e avaliação de eventos relacionados com a área de competência do cirurgião-dentista, podendo, se as

circunstâncias o exigirem, estender-se a outras áreas, se disso depender a busca da verdade, no estrito interesse da justiça e da administração.

Art. 28. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia Legal incluem:

a) identificação humana;
b) perícia em foro civil, criminal e trabalhista;
c) perícia em área administrativa;
d) perícia, avaliação e planejamento em infortunística;
e) tanatologia forense;
f) elaboração de:
  1) autos, laudos e pareceres;
  2) relatórios e atestados;
g) traumatologia odonto-legal;
h) balística forense;
i) perícia logística no vivo, no morto, íntegro ou em suas partes em fragmentos;
j) perícia em vestígios correlatos, inclusive de manchas ou líquidos oriundos da cavidade bucal ou nela presentes;
l) exames por imagem para fins periciais;
m) deontologia odontológica;
n) orientação odonto-legal para o exercício profissional; e,
o) exames por imagens para fins odonto-legais.

SEÇÃO IX

ODONTOGERIATRIA

Art. 29. Odontogeriatria é a especialidade que se concentra no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento que também têm repercussão na boca e suas estruturas associadas, bem como a promoção da saúde, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso.

SEÇÃO X

ODONTOLOGIA DO TRABALHO

Art. 30. Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador.

SEÇÃO XI

ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Art. 31. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente.

SEÇÃO XII

ODONTOPEDIATRIA

Art. 32. Odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde.

Art. 33. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontopediatria incluem:

a) promoção de saúde, devendo o especialista transmitir às crianças, aos adolescentes, aos seus responsáveis e à comunidade, os conhecimentos indispensáveis à manutenção do estado de saúde das estruturas bucais;
b) prevenção em todos os níveis de atenção, devendo o especialista atuar sobre os problemas relativos à cárie dentária, à doença periodontal, às maloclusões, às malformações congênitas e às neoplasias;
c) diagnóstico das alterações que afetam o sistema estomatognático;
d) tratamento das lesões dos tecidos moles, dos dentes, dos arcos dentários e das estruturas ósseas adjacentes, decorrentes de cáries, traumatismos, alterações na odontogênese, maloclusões e malformações congênitas;
e) condução psicológica da criança e do adolescente para a atenção odontológica.

SEÇÃO XIII

ORTODONTIA

Art. 34. Ortodontia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, a supervisão e a orientação do desenvolvimento do aparelho mastigatório e a correção das estruturas dento-faciais, incluindo as condições que requeiram movimentação dentária, bem como harmonização da face no complexo maxilo-mandibular.

Art. 35. As áreas de competência para atuação do especialista em Ortodontia incluem:

a) diagnóstico, prevenção, interceptação e prognóstico das maloclusões e disfunções neuro-musculares;
b) planejamento do tratamento e sua execução mediante indicação, aplicação e controle dos aparelhos mecanoterápicos e funcionais, para obter e manter relações oclusais normais em harmonia funcional, estética e fisiológica com as estruturas faciais; e,
c) inter-relacionamento com outras especialidades afins necessárias ao tratamento integral da face.

SEÇÃO XIV

ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

Art. 36. Ortopedia Funcional dos Maxilares é a especialidade que tem como objetivo tratar a maloclusão através de recursos terapêuticos, que utilizem estímulos funcionais, visando ao equilíbrio morfo-funcional do sistema estomatognático e/ou a profilaxia e/ou o tratamento de distúrbios crânio-mandibulares, recursos estes que provoquem estímulos de diversas origens, baseados no conceito da funcionalidade dos órgãos.

SEÇÃO XV

PATOLOGIA BUCAL

Art. 37. Patologia Bucal é a especialidade que tem como objetivo o estudo dos aspectos histopatológicos das alterações do complexo buco-maxilo-facial e estruturas anexas, visando ao diagnóstico final e ao prognóstico dessas alterações, por meio de recursos técnicos e laboratoriais.

Parágrafo único. Para o melhor exercício de sua atividade, o especialista deverá se valer de dados clínicos e exames complementares.

Art. 38. As áreas de competência para atuação do especialista em Patologia Bucal incluem a execução de exames laboratoriais microscópicos, bioquímicos e outros bem como a interpretação de seus resultados, além da requisição de exames complementares como meio auxiliar no diagnóstico de patologias do complexo buco-maxilo-facial e estruturas anexas.

SEÇÃO XVI

PERIODONTIA

Art. 39. Periodontia é a especialidade que tem como objetivo o estudo dos tecidos de suporte e circundantes dos dentes e seus substitutos, o diagnóstico, a prevenção, o tratamento das alterações nesses tecidos e das manifestações das condições sistêmicas no periodonto, e a terapia de manutenção para o controle da saúde.

Art. 40. As áreas de competência para atuação do especialista em Periodontia incluem:

a) avaliação diagnóstica e planejamento do tratamento;
b) avaliação da influência da doença periodontal em condições sistêmicas;
c) controle dos agentes etiológicos e fatores de risco das doenças dos tecidos de suporte e circundantes dos dentes e dos seus substitutos;
d) procedimentos preventivos, clínicos e cirúrgicos para regeneração dos tecidos periodontais e peri-implantares;
e) planejamento e instalação de implantes e restituição das estruturas de suporte, enxertando materiais naturais e sintéticos; e,
f) procedimentos necessários à manutenção de saúde.

SEÇÃO XVII

PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL

Art. 41. Prótese Buco-Maxilo-Facial é a especialidade que tem como objetivo a reabilitação anatômica, funcional e estética, por meio de substitutos aloplásticos, de regiões da maxila, da mandíbula e da face ausentes ou defeituosas, como seqüelas de cirurgia, de traumatismo ou em razão de malformações congênitas ou de distúrbios do desenvolvimento.

Art. 42. As áreas de competência para atuação do especialista em Prótese Buco-Maxilo-Facial incluem:

a) diagnóstico, prognóstico e planejamento dos procedimentos em Prótese Buco-Maxilo-Facial;
b) confecção, instalação e implantação de Prótese Buco-Maxilo-Facial,
c) confecção de dispositivos auxiliares no tratamento emanoterápico das regiões Buco-Maxilo-Faciais; e,
d) manutenção e controle das próteses Buco-Maxilo-Faciais.

SEÇÃO XVIII

PRÓTESE DENTÁRIA

Art. 43. Prótese Dentária é a especialidade que tem como objetivo a reconstrução dos dentes parcialmente destruídos ou a reposição de dentes ausentes visando à manutenção das funções do sistema estomatognático, proporcionando ao paciente a função, a saúde, o conforto e a estética.

Art. 44. As áreas de competência do especialista em Prótese Dentária incluem:

a) diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle dos distúrbios crânio-mandibulares e de oclusão, através da prótese fixa, da prótese removível parcial ou total e da prótese sobre implantes;
b) atividades de laboratório necessárias à execução dos trabalhos protéticos;
c) procedimentos e técnicas de confecção de próteses fixas, removíveis parciais e totais como substituição das perdas de substâncias dentárias e paradentárias;
d) procedimentos necessários ao planejamento, confecção e instalação de próteses sobre implantes; e,
e) manutenção e controle da reabilitação.

SEÇÃO XIX

SAÚDE COLETIVA

Art. 45. Saúde coletiva é a especialidade que tem como objetivo o estudo dos fenômenos que interferem na saúde coletiva, por meio de análise, organização, planejamento, execução e avaliação de sistemas de saúde, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase na promoção de saúde.

Art. 46. As áreas de competência para atuação do especialista em Saúde Coletiva incluem:

a) análise sócio-epidemiológica dos problemas de saúde bucal da comunidade;
b) elaboração e execução de projetos, programas e/ou sistemas de ação coletiva ou de saúde pública visando à promoção, ao restabelecimento e ao controle da saúde bucal;
c) participação, em nível administrativo e operacional de equipe multiprofissional, por intermédio de:
   1) organização de serviços;
   2) gerenciamento em diferentes setores e níveis de administração em saúde pública;
   3) vigilância sanitária;
   4) controle das doenças;
   5) educação em saúde pública; e,
d) identificação e prevenção das doenças bucais oriundas exclusivamente da atividade laboral.

TÍTULO II

DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. Serão considerados pelo Conselho Federal de Odontologia, como formadores de especialistas, os cursos ministrados por:

a) estabelecimento de ensino de graduação em Odontologia reconhecido pelo Ministério da Educação e do Desporto, que já tenha formado, pelo menos, uma turma de cirurgiões-dentistas;
b) escola de Saúde Pública, que mantenha cursos para cirurgiões-dentistas;
c) órgão oficial da área de Saúde Pública e das Forças Armadas;
d) entidade registrada no Conselho Federal de Odontologia, desde que atenda aos pressupostos estabelecidos no parágrafo 3º deste artigo; e,
e) entidade estrangeira, cujo curso seja de comprovada idoneidade, que atenda ao disposto nestas normas quanto à carga horária e que tenha os certificados revalidados na forma de Resolução específica do Conselho Federal de Odontologia.

§ 1º. Os cursos de especialização ministrados em campus avançado serão reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia, desde que estes tenham sido autorizados pelo Ministério da Educação e do Desporto.

§ 2º. A entidade registrada no Conselho Federal de Odontologia, para poder se habilitar a ministrar curso de especialização credenciado nos termos destas normas, deverá:

a) congregar em seus quadros, exclusivamente, cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia;
b) quando se tratar de entidade que reúna, exclusivamente, especialistas, somente poderá ministrar curso da especialidade correspondente;
c) no caso da alínea anterior, a entidade deverá congregar, no mínimo, a maioria absoluta dos especialistas na área, inscritos no Conselho Regional da jurisdição;
d) dispor de instalações e equipamentos próprios compatíveis com o curso a ser ministrado, respeitado apenas os convênios anteriormente celebrados para cursos credenciados pelo Conselho Federal;
e) ter, pelo menos, 5 (cinco) anos de registro no Conselho Federal; e,
f) seja entidade comprovadamente sem fins lucrativos, isso verificado no estatuto registrado em cartório.

§ 3º. Fica proibida a celebração de convênios, sem prejuízo do respeito aos já existentes em 17 de novembro de 1995 que, no entanto, somente poderão elevar o número de cursos de especialização hoje em funcionamento, após aditivo convenial específico e atendimento ao disposto no § 5º deste artigo, desde que a entidade possua sede própria e seja considerada de utilidade pública Federal, Estadual ou Municipal.

§ 4º. É vedada a utilização de um mesmo local conveniado para a realização de mais de um curso concomitante da mesma especialidade.

§ 5º. Deverão ser explicitados o equipamento e as disponibilidades de horários, quando se tratar de local conveniado para a realização de mais de um curso de especialização.

§ 6º. No que se refere a equipos, deverá a entidade comprovar a existência deles de, no mínimo, relação igual ou superior ao número de alunos do curso;

§ 7º. Quando de realização de mais de um curso, utilizando-se os mesmos equipos, deverá ser comprovada a não concomitância de horários dos mesmos;

§ 8º. As seções da Associação Brasileira de Odontologia ficam excluídas da exigência estabelecida na alínea "e" do § 2º, deste artigo;

§ 9º. O disposto no parágrafo anterior não se aplica às regionais da Associação Brasileira de Odontologia.

Art. 48. Entende-se por curso de especialização ou programa de residência, para efeito de registro e inscrição, aquele destinado exclusivamente a cirurgião-dentista inscrito em Conselho Regional de Odontologia e que atenda ao disposto nestas normas.

Art. 49. 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, Ortopedia Funcional dos Maxilares e de Implantodontia, de 750 (setecentas e cinqüenta) horas-aluno para as especialidades de Prótese Dentária, Endodontia, Periodontia, Odontopediatria e Dentística, mantendo-se 500h para as demais, inclusive para as outras recém criadas.

§ 1º. Da carga horária mínima, à área de concentração específica da especialidade corresponderá um mínimo de 80% (oitenta por cento) e à conexa de 10% (dez por cento), exceto para os cursos de Odontologia em Saúde Coletiva, que terão 40% (quarenta por cento) para a área de concentração e 40 % (quarenta por cento) para a área de domínio conexo.

§ 2º. Da área de concentração exigir-se-á um mínimo de 10 % (dez por cento) de aulas teóricas e de 80 % (oitenta por cento) de aulas práticas, exceto para os cursos da especialidade de Saúde Coletiva nos quais deverá ser estabelecida uma carga horária de atividades práticas de no mínimo 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso excluindo-se as horas destinadas às disciplinas obrigatórias de Ética e Legislação Odontológica e Metodologia do Trabalho Científico.

§ 3º. Os cursos poderão ser ministrados em uma ou mais etapas, 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 cinqüenta) e 36 (trinta e seis) meses para os demais.

§ 4º. É vedada a junção de turmas de cursos de especialização com de aperfeiçoamento, de atualização e similares.

§ 5º. Não poderá haver junção de qualquer turma nas disciplinas da área de concentração, sendo permitida a reunião de, no máximo, três turmas quando se tratar de disciplina da área de domínio conexo.

Art. 50. É vedada a coordenação, por uma mesma pessoa, de mais de um curso ao mesmo tempo, mesmo que em horários diferentes.

§ 1º. A qualificação exigida do Coordenador de qualquer dos cursos de especialização é no mínimo o título de mestre em programa de pós-graduação recomendado pela CAPES/MEC, ou

revalidado por instituição de ensino superior de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases, e com experiência docente na área de conhecimento específico em curso de graduação e/ou pós-graduação em Odontologia.

§ 2º. O título de professor titular é aquele obtido por concurso público federal ou estadual, ou ainda, o provido por lei.

§ 3º. Admitir-se-á, para fins de atendimento ao disposto no parágrafo anterior, professor titular de escola privada, desde que tenha obtido o título através de concurso público, realizado dentro das normas oficiais, nos mesmos moldes do serviço público.

§ 4º. Necessariamente o coordenador deverá ter inscrição principal no Conselho Regional que jurisdicione o local onde estiver sendo ministrado o curso.

§ 5º. O coordenador do curso é o responsável didático-científico exclusivo pelo curso, bem como administrativa e eticamente, cumprindo e fazendo cumprir as normas regimentais.

§ 6º. Em todas as atividades do curso deverá estar presente o coordenador e/ou um professor permanente da área de concentração.

Art. 51. A qualificação mínima exigida do corpo docente na área de concentração de qualquer curso de especialização é o título de especialista na área registrado no CFO.

§ 1º. Os professores da área de concentração deverão ter inscrição principal no Conselho Regional da Jurisdição, exigindo-se que, pelo menos, 2/3 (dois terços) deles sejam domiciliados no Estado onde estiver sendo ministrado o curso.

§ 2º. Excluem-se das exigências do parágrafo anterior os professores convidados.

§ 3º. Poderão compor o quadro docente dos cursos de Odontologia em Saúde Coletiva (exceto coordenação) profissionais de nível superior com pós-graduação na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva, provenientes de Escola de Saúde ou órgão oficial de Saúde Pública, desde que tenha carga horária mínima de 500 horas.

§ 4º. Poderão também participar do quadro docente outros profissionais de áreas afins à Saúde Coletiva.

§ 5º. Ainda também poderão compor o quadro docente Cirurgiões-Dentistas de outras especialidades, reconhecidas ou credenciadas pelo CFO, desde que o tema de seu trabalho final (monografia, dissertação ou tese) seja pertinente à área, tal como verificada por comissão de especialistas em Saúde Coletiva.

Art. 52. Para efeito de registro e inscrição de especialistas nos Conselhos, os cursos pertinentes à sua formação só poderão ter início após cumpridos os requisitos especificados nestas normas sendo fixados os prazos de 30 e 60 dias, respectivamente, para que CRO e CFO concluam a instrução e a apreciação dos processos de Reconhecimento e Credenciamento com conseqüente emissão de Portaria pelo CFO.

Art. 53. Nas condições do artigo anterior, a instituição ou entidade só poderá iniciar curso de uma especialidade, após a conclusão do curso anterior.

§ 1º. Não será permitido o ingresso de aluno com o curso já em andamento, mesmo em caso de substituição.

§ 2º. Permitir-se-á a imbricação de cursos nos casos dos de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais bem como dos de Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares e

Odontopediatria, desde que sejam perfeitamente justificados e apenas para continuidade do atendimento aos pacientes nas diversas etapas de tratamento.

§ 3º. Após a conclusão do conteúdo programático, será exigida dos alunos, apresentação da monografia num prazo de até 30 dias, perante uma banca examinadora constituída por 02 (dois) examinadores e o professor orientador.

Art. 54. Os cursos de especialização somente poderão ser reconhecidos, quando forem realizados em local situado na área do município onde se localize a sede da entidade credenciada.

Art. 55. A instituição responsável pelo curso emitirá certificado de especialização a que farão jus os alunos que tiverem freqüência de pelo menos 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária prevista, aproveitamento aferido em processo formal de avaliação equivalente a no mínimo 70% (setenta por cento) e aprovação da monografia.

Parágrafo único. Os certificados expedidos deverão conter o respectivo histórico escolar ou serem acompanhados do mesmo, contendo, obrigatoriamente:

a) data de nascimento do portador;
b) período de duração, assinaladas, expressamente as datas de início e término do curso;
c) carga horária total com a distribuição das horas teóricas e práticas; e,
d) aprovação.

Art. 56. O CFO concederá reconhecimento a curso de especialização, promovido por instituição de ensino superior e credenciamento a curso de especialização promovido por entidade da classe registrada no CFO.

§ 1º. - Os cursos de especialização de que trata este artigo, deverão, obrigatoriamente, ter equivalência nos seus conteúdos programáticos nas áreas de concentração.

§ 2º. - Deverá constar da área conexa, de todos os cursos de especialização, a disciplina de emergência médica em Odontologia com carga horária correspondente.

Art. 57. O registro no Conselho Federal de Odontologia dos certificados de cursos de especialização, expedidos por Escola de Saúde Pública, somente será processado se a carga horária for compatível com o estabelecido no art. 49 destas normas.

Parágrafo único. O curso somente dará direito a registro e inscrição na especialidade de Saúde Coletiva.

Art. 58. O credenciamento e o reconhecimento dos cursos terão a validade correspondente a uma turma.

§ 1º. Na hipótese de alterações introduzidas na programação ou na estrutura de curso em andamento, serão as mesmas comunicadas ao Conselho Regional, devendo o processo seguir idêntica tramitação do pedido original.

§ 2º. Para efeito de funcionamento do curso com nova turma, no caso de ocorrência de alterações em relação à montagem original deverá ser requerida a renovação do reconhecimento ou credenciamento, na forma do parágrafo anterior.

§ 3º. Para renovação do reconhecimento e/ou credenciamento, sem alterações na montagem original, deverá ser feito um requerimento com informações, onde constem apenas o nome da entidade promotora, a denominação do curso e os períodos de sua realização e do anterior, o número da Portaria do CFO que o reconheceu ou credenciou anteriormente, data e assinatura do

responsável. Caso tenham ocorrido alterações na montagem original, deverá a entidade informar quais foram.

Art. 59. Comissão de Avaliação Qualitativa, quando necessária, poderá ser criada pelo Conselho Federal de Odontologia para cursos de especialização, que incorporará conceitos e critérios para análise do Plenário.

CAPÍTULO II

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO MINISTRADOS POR ESTABELECIMENTOS DE ENSINO

Art. 60. 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, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares e Odontopediatria, haverá uma entrada anual de alunos, respectivamente 4 (quatro) ou 6 (seis), na dependência do curso ser ministrado em 3 (três) ou 2 (dois) anos, respeitado sempre o limite de 12 (doze) no somatório das turmas;

b) a denominação do curso constante no certificado deverá coincidir com a de uma das especialidades relacionadas no art. 4º destas normas;

c) encaminhamento ao Conselho Regional, antes do início do curso, pelo estabelecimento de ensino, da documentação a seguir enumerada, o qual deverá instruir o processo e encaminhá-lo ao Conselho Federal para julgamento e decisão.

01) documentos comprobatórios da aprovação do curso de especialização pela Instituição de Ensino Superior;
02) relação do corpo docente acompanhada das respectivas titulações;
03) comprovação da existência de uma relação professor/aluno compatível com a especialidade;
04) relação das disciplinas, por área de concentração e conexa, além das obrigatórias referidas no art. 61, e de seus conteúdos programáticos, cada um deles, exceção feita aos da área conexa, devidamente assinado pelo respectivo professor, devendo-se seguir o conteúdo programático básico, a ser estabelecido em ato específico pelo CFO;
05) carga horária total, por área de concentração e conexas inclusive distribuição entre parte teórica e prática, compatível com o art. 49 destas normas;
06) cronograma de desenvolvimento do curso em todas as suas fases;
07) critério de avaliação, incluída obrigatoriamente a apresentação de uma monografia;
08) sistema de seleção de candidatos, onde conste como únicos requisitos o título de cirurgião-dentista e a respectiva inscrição no Conselho Regional;
09) número de vagas.
10) no caso específico de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, além das exigências citadas, deverá ser comprovada a existência de convênios oficiais

firmados 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; UTI; Serviço de imaginologia; Laboratório de análises clínicas; Farmácia hospitalar; Especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia e anestesiologia; e Departamento, Setor ou Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.

11) quando se tratar de curso de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, será obrigatória uma pré-auditoria pelo CFO, inclusive no caso de renovação de reconhecimento.

d) encaminhamento ao Conselho Federal de Odontologia, através do Conselho Regional, 30 (trinta) dias após a conclusão do curso, pelo estabelecimento de ensino, das seguintes informações:

1) relatório final, com inclusão do histórico escolar dos alunos; e,
2) relação dos alunos aprovados, acompanhada dos conceitos ou notas obtidas.

e) a jornada semanal de aulas obedecerá o 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.

§ 1º. Cada instituição de ensino só poderá manter em funcionamento um curso de cada especialidade.

§ 2º. O aluno reprovado, no máximo, em duas disciplinas, poderá repeti-las no curso seguinte, sem prejuízo do número de vagas pré-fixado.

§ 3º. A relação dos candidatos, obrigatoriamente com os respectivos números de inscrição em Conselho Regional, deverá ser encaminhada ao Conselho Federal, até 30 (trinta) dias após o início do curso, acompanhada de protocolo comprobatório de recebimento de cópia da Portaria de reconhecimento do curso e das normas do Conselho Federal sobre cursos de especialização.

§ 4º. Quando o curso for oferecido semanalmente, deverá ser obedecida uma carga horária mensal mínima de 48 (quarenta e oito) horas;

§ 5º. No curso oferecido quinzenalmente, a carga horária mínima poderá ser de 16 horas, desde que o mesmo seja realizado, no mínimo, em 18 meses e quando oferecido mensalmente, a carga horária mínima poderá ser de 32 horas, desde que o curso seja realizado também, no mínimo, em 18 meses;

§ 6º. Além das exigências anteriores somente poderão ser deferidos reconhecimentos de cursos de especialização quando na área de concentração haja um número mínimo de 1(um) professor para cada 4 (quatro) alunos.

Art. 61. Em quaisquer dos cursos de especialização são obrigatórias as inclusões das disciplinas de Ética e Legislação Odontológica, esta ministrada por professor ou especialista na área, e Metodologia do Trabalho Científico, cada uma com o mínimo de 30 (trinta) horas, bem como a disciplina de Bioética com a carga horária de 15 (quinze) horas.

Parágrafo único. A carga horária das disciplinas referidas neste artigo não será computada para complementação daquela referida no art. 49.

CAPÍTULO III

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO MINISTRADOS POR ENTIDADES DE CLASSE

Art. 62. O registro no Conselho Federal de Odontologia de certificado de curso de especialização expedido por entidades, além daquelas estabelecidas no capítulo I, as seguintes exigências:

a) a entidade deverá estar registrada no Conselho Federal de Odontologia, atendidos os pressupostos contidos no parágrafo 3º do art. 47 destas normas;

b) a instalação e o funcionamento do curso deverão ter sido previamente autorizados pelo Conselho Federal de Odontologia, para credenciamento e supervisão, observado o disposto no artigo 49;

c) antes do início de cada curso, deverá a entidade requerer credenciamento do mesmo, através de pedido, encaminhado ao Conselho Federal, por intermédio do Conselho Regional que deverá instruir o processo e remetê-lo ao órgão central, contendo, expressamente, com relação à organização e ao regime didático, no mínimo, informações sobre:

1) período de realização (data, mês e ano);
2) número de vagas fixadas;
3) sistema de seleção de candidatos, onde conste como únicos requisitos o título de cirurgião-dentista e a respectiva inscrição em Conselho Regional;
4) relação do corpo docente acompanhada das respectivas titulações;
5) comprovação da existência de uma relação professor/aluno compatível com a especialidade;
6) relação das disciplinas, por área de concentração e conexa, além das obrigatórias referidas no art. 63, e de seus conteúdos programáticos, cada um deles, exceção feita aos da área conexa, devidamente assinado pelos respectivos professores, devendo-se seguir o conteúdo programático básico a ser estabelecido em ato específico do CFO;
7) carga horária total, por área de concentração e conexas, inclusive distribuição entre parte teórica e prática;
8) cronograma de desenvolvimento do curso em todas as suas fases;
9) critérios de avaliação, incluída obrigatoriamente a apresentação de uma monografia.

d) comprovação de disponibilidade de local, instalações e equipamentos adequados ao funcionamento do curso, por meio de fotografias e plantas autenticadas. Essas poderão ser substituídas por verificação direta nos locais, processada por Comissão de 3 (três) membros designados para esse fim pelo Plenário do Conselho Regional de Odontologia respectivo;

e) comprovação da capacidade financeira para manutenção do curso, demonstrada pelos seus orçamentos globais, com destaque das dotações reservadas à manutenção do mesmo;

f) a jornada semanal de aulas obedecerá o 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;

g) 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, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares e Odontopediatria, haverá uma entrada anual de alunos, respectivamente 4 (quatro) ou 6 (seis), na dependência do curso ser ministrado em 3 (três) ou 2 (dois) anos, respeitado sempre o limite de 12 (doze) no somatório das turmas;

h) no caso específico de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, além das exigências citadas, deverá ser comprovada a existência de convênios oficiais firmados 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; UTI; Serviço de imaginologia; Laboratório de análises clínicas; Farmácia hospitalar; Especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia e anestesiologia; e Departamento, Setor ou Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais;

i) quando se tratar de curso de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, será obrigatória uma pré-auditoria pelo CFO, inclusive no caso de renovação de credenciamento;

j) encaminhamento ao Conselho Federal de Odontologia, através do Conselho Regional, 30 (trinta) dias após a conclusão do curso, pela entidade, das seguintes informações:

1) relatório final; e,
2) relação dos alunos aprovados acompanhada dos conceitos ou notas obtidas.

l) no curso oferecido quinzenalmente, a carga horária mínima poderá ser de 16 horas, desde que o mesmo seja realizado, no mínimo, em 18 meses e quando oferecido mensalmente, a carga horária mínima poderá ser de 32 horas, desde que o curso seja realizado também, no mínimo, em 18 meses;

m) a proporção orientador/orientado quando da realização das monografias, não deverá ultrapassar a proporção 1:4;

§ 1º. A relação dos candidatos, obrigatoriamente com os respectivos números de inscrição em Conselho Regional, deverá ser encaminhada ao Conselho Federal, até 30 (trinta) dias após o início do curso, acompanhada de protocolo comprobatório de recebimento de cópia da Portaria de credenciamento do curso e das normas do Conselho Federal sobre cursos de especialização.

§ 2º. Quando o curso for oferecido semanalmente, deverá ser obedecida uma carga horária mensal mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 3º. Além das exigências anteriores somente poderão ser deferidos credenciamentos de cursos de especialização quando na área de concentração haja um número mínimo de 1(um) professor para cada 4 (quatro) alunos.

Art. 63. Em quaisquer dos cursos de especialização são obrigatórias as inclusões das disciplinas de Ética e Legislação Odontológica, esta ministrada por professor ou especialista na área, e de Metodologia do Trabalho Científico, cada uma com o mínimo de 30 (trinta) horas bem como a disciplina de Bioética com a carga horária de 15 (quinze) horas.

Parágrafo Único. A carga horária das disciplinas referidas neste artigo não será computada para complementação daquela referida no art. 49.

Art. 64. As áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares serão estabelecidas em atos posteriores a estas normas a serem baixados pelo Conselho Federal de Odontologia.

Rio de Janeiro, 27 de dezembro de 2001.

MARCOS LUIS MACEDO DE SANTANA, CD
SECRETÁRIO-GERAL

MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE, CD
PRESIDENTE

ANEXO B

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

RESOLUÇÃO CFO-25/2002

Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatria; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências.

O Presidente do Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições regimentais, cumprindo deliberação do Plenário, em reunião realizada no dia 15 de maio de 2002, considerando o disposto no art. 64 da Resolução nº 22, de 27 de dezembro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º. As áreas de competência para atuação do especialista em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial incluem:

a) diagnóstico e prognóstico das dores orofaciais complexas, incluindo as disfunções têmporo-mandibulares, particularmente aquelas de natureza crônica;

b) inter-relacionamento e participação na equipe multidisciplinar de dor em instituições de saúde, de ensino e de pesquisas;

c) realização de estudos epidemiológicos e de fisiopatologia das disfunções têmporo-mandibulares e demais dores que se manifestam na região orofacial; e,

d) tratamento das dores orofaciais e disfunções têmporo-mandibulares, através de procedimentos de competência odontológica.

Art. 2º. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontogeriatria incluem:

a) estudo do impacto de fatores sociais e demográficos no estado de saúde bucal dos idosos;

b) estudo do envelhecimento do sistema estomatognático e suas conseqüências;

c) estudo, diagnóstico e tratamento das patologias bucais do paciente idoso, inclusive as derivadas de terapias medicamentosas e de irradiação, bem como do câncer bucal; e,

d) planejamento multidisciplinar integral de sistemas e métodos para atenção odontológica ao paciente geriátrico.

Art. 3º. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia do Trabalho incluem:

a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer das fases do processo de produção;

b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;

c) planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;

d) organizar estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais; e,

e) realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

Art. 4º. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais incluem:

a) prestar atenção odontológica aos pacientes com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados;

b) prestar atenção odontológica aos pacientes que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas a nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar; e,

c) aprofundar estudos e prestar atenção aos pacientes que apresentam problemas especiais de saúde com repercussão na boca e estruturas anexas.

Art. 5º. As áreas de competência para atuação do especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares incluem:

a) diagnóstico, prevenção, prognóstico e tratamento das más oclusões, através de métodos ortopédicos;

b) tratamento e planejamento mediante o manejo das forças naturais, em relação a:

1. crescimento e desenvolvimento;
2. erupção dentária;
3. postura e movimento mandibular;
4. posição e movimento da língua; e,

c) inter-relacionamento com outras especialidades afins, necessárias ao tratamento integral dos defeitos da face.

Art. 6º. O cirurgião-dentista que não se enquadrar em qualquer dos requisitos constantes do artigo 3º da Resolução CFO-22, de 27 de dezembro de 2001, poderá requerer registro e inscrição em especialidades cujas áreas de competência são estabelecidas neste ato, desde que:

a) comprove ocupar cargo de magistério, em curso de graduação em Odontologia reconhecido pelo MEC, responsável por disciplina específica da especialidade, com pleno e efetivo exercício da área, no mínimo há cinco anos, ou,

b) comprove o efetivo exercício na especialidade pretendida há mais de 10 (dez) anos, através de memorial a ser defendido perante comissão a ser designada pelo Conselho Federal de Odontologia e seja, por esta, considerado aprovado;

c) seja aprovado em concurso, que deverá abranger provas de títulos, escrita e prático-oral, perante comissão examinadora a ser designada pelo Conselho Federal de Odontologia.

§ 1º. O registro e a inscrição com base na alínea "a" poderão ser requeridos, no prazo máximo de um ano, a contar da data da publicação desta Resolução, juntando o interessado, cópia do documento comprobatório e recolhendo, ao Conselho Regional da jurisdição onde tenha inscrição principal, a taxa já fixada correspondente ao registro e à inscrição como especialista.

§ 2º. Para se habilitar à defesa do memorial, referido na alínea "b", deverá o interessado apresentar requerimento ao Conselho Regional onde tenha inscrição principal, até 120 (cento e vinte) dias após a publicação desta Resolução, acompanhado dos seguintes documentos:

1) cópias, em 3 (três) vias, do memorial, com os devidos comprovantes; e,

2) cheque nominal, ao Conselho Federal de Odontologia, para ressarcimento das despesas com a comissão, no valor de R$ 1.000,00 (hum mil reais).

§ 3º. Para se habilitar ao concurso referido na alínea "c", o interessado deverá apresentar requerimento, ao Conselho Regional onde tenha inscrição principal, até 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Resolução, acompanhado dos seguintes documentos:

3) cópias, em 3 (três) vias do memorial, com os devidos comprovantes; e,

4) cheque nominal, ao Conselho Federal de Odontologia, para ressarcimento das despesas com o concurso, no valor de R$ 2.000 (dois mil reais).

Art. 7º. A defesa do memorial, para quem requerer com base na alínea "b" do artigo anterior será realizada no mês de novembro de 2002, em local a ser designado pelo Conselho Federal de Odontologia.

Art. 8º. O concurso, para quem requerer com base na alínea "c" do artigo 6º, será realizado no mês de março de 2003, em local a ser designado pelo Conselho Federal de Odontologia.

Art. 9º. O Conselho Federal de Odontologia designará, no mínimo, uma comissão examinadora, constituída de 3 (três) membros, para cada especialidade, para julgar a defesa do memorial referido na alínea "b" do artigo 6º.

§ 1º. A comissão referida neste artigo será integrada, de preferência, por cirurgiões-dentistas com títulos de doutor ou de mestre em Odontologia.

§ 2º. Será considerado aprovado o candidato que receber o conceito "A" e não aprovado o candidato que receber o conceito "R".

§ 3º. Da decisão da comissão referida no caput deste artigo não caberá qualquer recurso.

Art. 10. O concurso, para quem requerer com base na alínea "c" do artigo 6º, abrangerá provas de títulos, escrita e prático-oral, recebendo, cada uma, nota de 0 (zero) a 10 (dez).

§ 1º. As comissões examinadoras a serem designadas pelo Conselho Federal de Odontologia, para os diversos concursos, constituídas, cada uma, de 3 (três) membros,

poderão ser integradas por cirurgiões-dentistas que tiverem sido aprovados com base na defesa do memorial referida no artigo 9º.

§ 2º. As comissões examinadoras elaborarão, no ato das respectivas instalações, os calendários das diversas provas, ouvido o Conselho Federal de Odontologia.

§ 3º. As provas escrita e prático-oral abrangerão todos os ramos da Odontologia diretamente ligados à especialidade na qual pretende o requerente se registrar e se inscrever.

§ 4º. Os títulos serão analisados e valorizados pela comissão, recebendo nota de 0 (zero) a 10 (dez) e a nota da prova de títulos será a média aritmética.

§ 5º. O Conselho Federal de Odontologia elaborará uma listagem dos temas para as provas escrita e prático-oral para cada especialidade, os quais deverão ser em número não inferior a 10 (dez) nem superior a 20 (vinte) e fará divulgação dos mesmos a todos os interessados, através dos Conselhos Regionais.

§ 6º. A prova escrita será dissertativa, sobe um dos temas a ser sorteado, no início da prova, com base na listagem referida no artigo anterior, dispondo o candidato de 3 (três) horas improrrogáveis para a sua realização. A prova escrita deverá ser lida, pelo candidato, perante a comissão examinadora.

§ 7º. A prova prático-oral terá a duração requerida para sua normal execução, determinada pela comissão examinadora.

§ 8º. A prova prático-oral será individual, versando sob qualquer um dos assuntos relacionados na forma do parágrafo 5º deste artigo, a ser escolhido pela comissão examinadora e, ressalvada a hipótese de força maior, a sua realização obedecerá à ordem de inscrição dos candidatos.

§ 9º. Todo o material e instrumental necessários à execução da prova prático-oral é de responsabilidade do candidato.

§ 10. A comissão examinadora argüirá o candidato sobre o assunto, a seu critério, durante ou após a realização da prova ou em ambas as ocasiões, inclusive podendo solicitar do candidato a apresentação e defesa de casos clínicos que tenha realizado.

§ 11. Considerar-se-á habilitado a requerer registro e inscrição como especialista o candidato aprovado no concurso que receber, no mínimo, nota 6 (seis) em cada prova, inclusive na de títulos.

§ 12. Do concurso será lavrada uma ata onde deverá constar todas as atividades, inclusive o parecer final da comissão examinadora.

§ 13. Do parecer final da comissão examinadora caberá recurso ao Conselho Federal de Odontologia.

Art. 11. O Conselho Federal de Odontologia fornecerá um certificado comprobatório de aprovação, se for o caso, aos candidatos, tanto para aqueles que defenderem o memorial, como para aqueles que receberem aprovação no concurso, para efeito do interessado requerer registro e inscrição, como especialista, junto ao respectivo Conselho Regional.

Art. 12. A qualificação exigida do coordenador de qualquer dos cursos de especialidades tratadas nesta Resolução é, no mínimo, o título de mestre em programa de pós-graduação recomendado pela CAPES/MEC, ou revalidado por instituição de ensino superior de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases, e com experiência docente, no mínimo de 2 (dois) anos em curso de graduação e/ou em quaisquer dos cursos de pós-graduação em Odontologia, reconhecidos ou credenciados pelo Conselho Federal de Odontologia.

§ 1º. Permitir-se-á, pelo prazo improrrogável de 10 (dez) anos, ser coordenador de curso de especialização, o profissional que tenha, no mínimo, o título de mestre nas áreas a seguir mencionadas, para as especialidades também relacionadas:

1) com, no mínimo, o título de mestre na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial ou na área de Prótese Dentária, poderá coordenar curso de especialização em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial;

2) com, no mínimo, o título de mestre na área de Prótese Dentária ou na área de Prótese Buco-Maxilo-Facial ou na área de Dentística ou na área de Endodontia ou na área de Periodontia ou na área de Implantodontia ou na área de Patologia Bucal ou na área de Estomatologia, poderá coordenar curso de especialização em Odontogeriatria;

3) com, no mínimo, o título de mestre na área de Odontologia Legal ou na área de Saúde Coletiva, poderá coordenar curso de especialização em Odontologia do Trabalho;

4) com, no mínimo, o título de mestre na área de Odontopediatria ou na área de Estomatologia ou na área de Patologia Bucal, poderá coordenar curso de especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais;

5) com, no mínimo, o título de mestre na área de Ortodontia, poderá coordenar curso de especialização em Ortopedia Funcional dos Maxilares.

§ 2º. Além das especificações mencionadas no caput e no parágrafo primeiro deste artigo, poderá também, pelo prazo improrrogável de 10 (dez) anos, ser coordenador o profissional que seja possuidor de diploma de doutor ou mestre cuja tese tenha sido na área de concentração do curso ou aquele que tenha obtido o título de especialista, na área, com base em uma das alíneas do artigo 6º desta Resolução.

§ 3º. O coordenador deverá atender também as demais exigências estabelecidas no artigo 50 da Resolução CFO-22/2001.

Art. 13. A qualificação mínima exigida do corpo docente na área de concentração de qualquer dos cursos das especialidades tratadas nesta Resolução é o título de especialista na área ou nas áreas mencionadas nos itens do parágrafo primeiro do artigo doze, para as especialidades nos mesmos relacionadas.

Art. 14. A disciplina de emergência médica em Odontologia mencionada no parágrafo segundo do artigo 56 da Resolução CFO-22/2001, deverá ter uma carga horária mínima de 15 (quinze) horas a ser ministrada por médico ou por cirurgião-dentista, este necessariamente especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Art. 15. As exigências para o credenciamento ou o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Odontologia, de cursos de especialidades tratadas neste ato são as constantes da Resolução CFO-22/2001.

Art. 16. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de maio de 2002.

MARCOS LUIS MACEDO DE SANTANA, CD
SECRETÁRIO-GERAL

MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO NOBRE, CD
PRESIDENTE

ANEXO C

NORMAS EDITORIAIS

1. A *Revista de Odontologia da UNICID*, dirigida à classe odontológica, destina-se à publicação de:

- artigos científicos: pesquisa básica
- pesquisa clínica (ou aplicada)
- resumo de teses
- artigos de divulgação
- fórum clínico
- artigos de revisão e/ou atualização
- notas prévias

2. Normas gerais

2.1 Os trabalhos serão submetidos à apreciação do Corpo Editorial e serão devolvidos aos autores quando se fizerem necessárias algumas correções ou modificações de ordem temática. A *Revista* se reserva o direito de proceder alterações no texto, de caráter formal, ortográfico e gramatical, dos trechos que poderão exigir correções, antes de serem encaminhados à publicação. Dessas modificações ("copidescagem") será dada ciência ao autor.

2.2 É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na *Revista de Odontologia da UNICID*, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, na conformidade da legislação sobre Direitos Autorais.

2.3 Os trabalhos poderão ser redigidos em português, inglês ou castelhano.

2.4 Os conceitos emitidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Corpo Editorial.

2.5 Todo trabalho deve ser assinado pelo(s) autor(es) e também trazer o endereço, telefone e e-mail do mesmo. Recomenda- se aos autores que tenham uma cópia do texto original, bem como das ilustrações.

2.6 Serão fornecidas aos autores 10 (dez) separatas por trabalho. As separatas adicionais poderão ser solicitadas, mediante preço estipulado, por ocasião da entrega dos originais.

2.7 A data de recebimento e aceitação do original constará, obrigatoriamente, no final do mesmo, quando da sua publicação.

2.8 As tabelas (reduzindo-as a um número mínimo possível à sua utilidade para compreensão do texto) deverão ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos e encabeçadas pelo respectivo título, que deverá indicar claramente o conteúdo. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos. Os dados apresentados em tabela não deverão ser repetidos em gráficos, a não ser em casos especiais. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1979.

2.9 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos, restrigindo- se ao mínimo necessário.

3. Apresentação de originais

3.1 Os trabalhos deverão ser redigidos na ortografia oficial, apresentados em duas vias impressas (original e primeira cópia) com duplo entrelinhamento e margem de 3 cm de cada um dos lados. Deverão ter, no máximo, 20 laudas, sendo permitido o máximo de 25 laudas para resumos de teses. Os impressos deverão vir acompanhados de um disquete contendo o arquivo gerado em processador de texto Word for Windows (Microsoft®).

3.2 A citação dos autores no corpo do texto deverá ser em letras maiúsculas. Quando se tratar de dois autores, uni-los com "e". P. ex.: AUN e GAVINI. Quando houver mais de dois autores, usar a expressão "*et al.*". Ex.: AUN *et al*.

3.3 As ilustrações (gráficos, quadros, desenhos e fotografias) deverão apresentar-se em folhas separadas e numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, com suas legendas em folhas separadas e numeração correspondente. No texto, deverão ser indicados os locais aproximados das ilustrações.

3.4 Os gráficos e desenhos deverão ser impressos juntamente com o original; quando gerados no computador, deverão estar também gravados no disquete, juntamente com o texto original. As fotografias deverão ser em preto-e-branco, dando-se preferência para o envio dos negativos juntamente com a ampliação em papel. O limite de figuras não deverá exceder o total de oito por artigo. No caso de absoluta necessidade de as fotos serem coloridas, a despesa ficará por conta do(s) autor(es), dando-se preferência, nesse caso, para o envio dos negativos ou cromos. Os gráficos, desenhos, mapas etc. serão designados no texto como "Figuras".

3.5 Para unidades de medida e seus símbolos, deverão ser usadas somente as unidades legais do Sistema Nacional de Metrologia.

4. Os artigos deverão ser apresentados em três partes principais: cabeçalho, corpo (ou texto), material de referência.

4.1 Título e subtítulo, se houver, em português e inglês.

4.2 Nome(s) do(s) autor(es) por extenso determinando a entrada do nome em letras maiúsculas. Ex.: João MOREIRA. As indicações dos títulos universitários ou cargos que indiquem a sua autoridade em relação ao assunto do trabalho virão em notas de rodapé precedidas por asterisco.

4.3 O resumo indicativo deverá ser redigido pelo próprio autor. Não deverá ultrapassar 250 palavras, devendo ser consultada a NBR 6028/87 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o *Guide for Preparation of Author's Abstracts for Publication*, da UNESCO, 1968, para a redação dos mesmos.

4.4 Unitermos: são palavras-chave que identificam o conteúdo do trabalho. Para a escolha dos unitermos, consultar os *Descritores em Odontologia* (DeOdonto)/IDL; Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS)/BIREME e *Medical Subject Headings* (MeSH)/IM.

5. Corpo do artigo

5.1 Introdução

5.2 Revisão da Literatura

5.3 Material e Método

5.4 Resultados

5.5 Discussão

5.6 Conclusões

5.7 Agradecimentos (quando houver)

6. Corpo do fórum clínico

6.1 Introdução: breve e com citação de alguns autores que abordam a problemática.

6.2 Descrição: caso clínico ou técnico.

6.3 Discussão: uma rápida comparação do caso apresentado com os descritos na literatura.

6.4 Conclusões: deduções lógicas baseadas e fundamentadas no texto.

7. Material de referência

7.1 Referência bibliográfica do artigo (em português ou inglês, conforme o idioma do texto).

7.2 Resumo: o resumo do texto deve ser escrito nos idiomas inglês e português.

7.3 Unitermos: correspondente das palavras-chave em inglês e português.

7.4 Referências bibliográficas: consultar a NBR 6023/2000 da ABNT. As referências bibliográficas devem ser ordenadas alfabeticamente, pelo nome do autor e suas iniciais, e numeradas em ordem seqüencial crescente. No texto, as referências bibliográficas são citadas por meio de números-índice ou pelos nomes dos autores, em letras maiúsculas, seguidos dos números-índice superiores. Normalizar as abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com as publicações "Index Medicus" e "Index to Dental Literature". Se mais de dois autores colaborarem na publicação, todos poderão ser citados ou então pode ser usada a notação "*et al*." A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

7.5 Exemplos de referências bibliográfica:

- livro com um autor
OKESON, L. P. *Fundamentals of occlusion and temporomandibular disorders*. Saint Louis : Mosby, 1985. 500 p.

- livro com dois autores
PAIVA, L. G.; ANTONIAZZI, J. H. *Endodontia:* bases para a prática clínica. 2. ed. São Paulo : Artes Médicas, 1988. 886 p.

- livro com mais de dois autores
a) HENDERSON, D. *et al*. *McCraken's removable partial prosthodontics*. 7. ed. Saint Louis : Mosby, 1985. 498 p.
b) HENDERSON, D.; McGIVNEY, G. P.; CASTLEBERRY, D. J. *McCraken's removable partial prosthodontics*. 7. ed. Saint Louis : Mosby, 1985. 498 p.

- capítulo de livro
GONÇALVES, N. Técnicas radiográficas para o estudo da articulação têmporomandibular. *In*: FREITAS, A.; ROSA, J. E.; FARIA E SOUZA, I. *Radiologia odontológica*. 2. ed. São Paulo : Artes Médicas, 1988. p. 247-258.

- tese
YAMADA, N. C. M. *Ângulo de Bennett e trajetória bordejante dos côndilos de balanceio* – Estudo pantográfico nos edentados totais. São Paulo, 1988. 77 p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

- artigos de periódico
CHANDLER, N. P.; STOCKDALE, C. R. Endodontic access adhesive bridges. *Endod. Dent. Traumatol.,* v. 3, n. 4, p. 209-212, Aug. 1987.

- citação de citação
HARDIE, E. M. Further studies on heat generation during obturation techniques involving thermally softened gutta-percha. *In: Endod. J.*, v. 20, n. 3, p. 122-127, Mar. 1987 *apud Dent. Abstr.*, v. 32, n. 9, p. 492-493, Sept. 1987.

8. Do encaminhamento dos originais

Os originais deverão ser encaminhados à:
Revista de Odontologia da UNICID
Comissão de Publicação
a/c Mary Arlete Payão Pela - Biblioteca
Rua Cesário Galeno, 432/448 - Tel. (011) 6941-3499
CEP 03071-000 - São Paulo - Brasil
E-mail: mppela@unicid.br

ANEXO D

Journal of Applied Oral Science
Faculdade de Odontologia de Bauru - USP
Serviço de Biblioteca e Documentação
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75
Vila Universitária
17012-901 BAURU SP
Fone: (14) 3235-8373
Fax: (14) 3235-8330

1 MISSÃO

A revista **Journal of Applied Oral Science** (continuação da Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru), órgão de publicação trimestral, tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade odontológica, respeitando os indicadores de qualidade, a fim de que seja assegurada a sua aceitabilidade junto à comunidade de pesquisadores da área em nível local, regional, nacional e internacional.

2 DAS NORMAS GERAIS

2.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada na língua inglesa. Os trabalhos de revisão são publicados mediante convite dos editores e da Comissão de Publicação

2.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.

2.3 O Journal of Applied Oral Science reserva-se todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição e com devida citação de fonte.

2.4 Só serão recebidos para publicação, trabalhos redigidos em inglês, ficando os textos e as citações de referências bibliográficas dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores.

2.5 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.

2.6 Cada autor de trabalho publicado terá direito ao recebimento de 1(um) exemplar da Revista. Por solicitação dos autores, na ocasião da entrega dos originais, poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

2.7 Poderão ser publicadas fotos coloridas desde que os autores se responsabilizem financeiramente pelas despesas correspondentes ao fotolito e impressão das páginas coloridas.

3 CRITÉRIOS DE ARBITRAGEM

3.1 Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e conveniência da sua publicação.

3.2 Após aprovado quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisão estatística de, pelo menos, dois relatores de unidades distintas a de origem do trabalho, além do Editor. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações e as que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão será reavaliada pela Comissão de Publicação e Conselho Editorial.

3.3 Uma vez aceito um manuscrito que dependa de alterações sugeridas pelos relatores,

3.4 Após aprovação quanto ao mérito científico, os trabalhos serão submetidos à análise da língua inglesa (*technical review*) e da precisão estatística. Nos casos de inadequação os trabalhos serão encaminhados para os autores para as modificações cabíveis.

3.5 Tanto os avaliadores quanto os autores, durante todo o processo de tramitação dos artigos, não serão identificados pela outra parte.

3.6 Os trabalhos não considerados aptos para publicação serão devolvidos aos autores acompanhados de carta justificativa.

3.7 Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão Científica e Editorial

4 - DA CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

4.1 As provas tipográficas contendo a versão revisada dos trabalhos serão enviadas ao autor correspondente através de correio eletrônico em formato PDF.

4.2 O autor dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado.

4.3 A omissão do retorno da prova significará a aprovação automática da versão sem alterações. Apenas pequenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos assessores e atraso na publicação do trabalho.

5 DA APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL

Os originais destinados à Journal of Applied Oral Science deverão ser redigidos de acordo com as seguintes normas do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group).

- Os trabalhos deverão ser enviados em disquetes de 3 1/2 ou cd-rom digitados no Word for Windows (extensão .doc), acompanhados de 3(três) cópias impressas, incluindo 3 conjuntos de ilustrações originais e digitalizadas conforme o item 5.4.2, recomendando-se que os autores retenham uma outra cópia em seu poder.

- Deverá acompanhar o original uma carta assinada por todos os autores (Formulário de Submissão) do artigo, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à revista para publicação, que estará impressa na própria revista, bem como o *checklist* para conferência de apresentação do trabalho nas normas solicitadas.

5.2 Estrutura de apresentação do artigo

- Página de rosto

A primeira página de cada cópia do artigo deverá conter apenas:

- o título do artigo em inglês e português,

- o nome dos autores seguido da sua principal titulação e filiação institucional em inglês (Ver padronização de titulação).

- endereço completo do autor principal (*corresponding author*), a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência, fone, fax e e-mail.

Estrutura do trabalho

- Título do trabalho em inglês

- Título do trabalho em português

- Abstract (Resumo estruturado em inglês): deverá incluir o máximo de 300 palavras, ressaltando-se a introdução, objetivo, materiais e método (explicitando a análise estatística realizada, se pertinente), resultados e conclusões.

- Uniterms: (correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo). Para determinação dos unitermos deverão ser consultadas as listas de cabeçalhos de assuntos do "Index Medicus", já traduzidos para o português, na "Bibliografia Brasileira de Odontologia" e "Cabeçalhos de Assuntos Médicos", respectivamente.

- Resumo: resumo estruturado do texto em português.

- Unitermos: versão dos unitermos para o português.

- Introdução - resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho.

- Materiais e Métodos - apresenta materiais e métodos com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indique os métodos estatísticos utilizados se aplicável.

- Resultados - apresenta os resultados em uma seqüência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.

- Discussão - enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir em detalhes dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e aponte as implicações de seus achados e suas limitações.

- Conclusão(ões) (quando houver) deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

- Agradecimentos (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

- Referências (ver item 5.6)

5.3 Da Normalização Técnica:

A digitação, com espaço 1,5, fonte ARIAL tamanho 11 e margens de 3 cm de cada um dos lados, papel sulfite A4, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, incluindo as ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc).

5.4 Ilustrações

5.4.1 As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), consideradas como figuras, deverão ser limitadas ao mínimo indispensáveis, apresentadas ao final do trabalho em folhas separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem que aparecem no texto, indicando no verso de cada figura o número da ilustração uma seta indicando a orientação correta da figura. A elaboração dos gráficos, desenhos etc. deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza; excepcionalmente poderão ser utilizados elementos coloridos e, neste caso, sendo os custos por conta dos autores e a critério do Comitê Editorial.

5.4.2 As fotografias deverão ser encaminhadas em original preto e branco e digitalizadas em formato tif, gif ou jpg com no mínimo de 300dpi. Essas fotos deverão estar em arquivos separados e não inseridas no texto do Word.

As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas ao final do trabalho em forma de lista e precedidas da numeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto onde as ilustrações serão intercaladas como figuras.

5.4.3 As tabelas deverão ser logicamente organizadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior das mesmas.

As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

5.5 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

1- Somente numérica: ... and interfere with the bacterial system and tissue system[3,4], ou

2- alfanumérica:

Um autor: Silva[23] (1986)
Dois autores: Silva and Carvalho[25] (1987)
Três ou mais de três autores: Silva, et al.[28] (1988)

5.6 Referências

As Referências deverão obedecer Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Toda referência deverá ser citada no texto. Serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do autor e numeradas em ordem crescente. A ordem de citação no texto obedecerá a esta numeração. As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados, deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais LILACS e BBO – Bibliografia Brasileira de Odontologia.

Não incluir comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

Evitar usar resumos como referências.

Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo 6 autores, além disso, citar os 6 autores e usar a expressão et al.

Não ultrapassar a citação de 30 referências.

Exemplos de referências:

Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton : CRC Press; 1986. p.95-152.

Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with na increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med. 1996 Jun 1;124(11): 980-3.

Caso o periódico citado possua numeração contínua em seus fascículos poderá optar em fazer a referência da seguinte forma (o mês e o número do fascículo poderão ser omitidos):

Wenzel A, Fejerskov 0. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res. 1992;26:188-93.

Artigos com mais de 6 autores:

Citam-se até os 6 primeiros seguidos da expressão et al.

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follou-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.

Artigo sem autor

Seeing nature through dle lens of gender. Science. 1993; 260:428-9.

Volume com suplemento e/ou Número Especial

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. J Dent Res. 1993;72(sp. Issue):318.

Fascículo no todo

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

Trabalho apresentado em eventos

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

Trabalho de evento publicado em periódico

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res. 2000;79:1012.

Monografia, Dissertação e Tese

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Observação: A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

ANEXO F

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL

Ilmo Sr. Diretor do Departamento de Recursos Humanos

Vimos por meio desta, mui respeitosamente, apresentar o projeto de pesquisa "*Análise comparativa do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores associado ao modelo de atenção odontológica*", o qual tem por objetivo avaliar clinicamente o estado de saúde bucal de trabalhadores pertencentes a grupos distintos, estando estes grupos submetidos a diferentes modalidades de assistência odontológica. A partir desta pesquisa os serviços de saúde bucal, voltados aos trabalhadores, poderão priorizar e reestruturar sua atenção, racionalizando recursos e selecionando prioridades.

O referido projeto faz parte do material de Tese de Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, e está sendo desenvolvido junto ao Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Para levarmos adiante este projeto contamos com sua colaboração e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Eduardo Pizzatto - CD[3]
Professor do Curso de Odontologia - UnicenP
Doutorando em Odontologia Preventiva e Social-FOA / UNESP

Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin[2]
Professora Adjunto da Faculdade de Odontologia de Araçatuba / UNESP
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social-FOA/UNESP

Centro de Estudos Superiores Positivo / UnicenP
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300
CEP 81280-330 – Curitiba/PR
Fone: (041) 3317-3181 / (041) 9197-6090
e-mail: epizzatto@unicenp.br

Faculdade de Odontologia de Araçatuba / UNESP
Rua José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça
CEP 16015-050 – Araçatuba/SP
Fone: (018) 3636-3250 / (018) 3636-3249
e-mail: cgarbin@foa.unesp.br

ANEXO G

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL

PESQUISA CIENTÍFICA

"Análise comparativa do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores associado ao modelo de atenção odontológica"

Prezado(a) Senhor(a),

O Cirurgião Dentista EDUARDO PIZZATTO, aluno devidamente matriculado no Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP, está realizando um estudo sobre as condições de saúde bucal de adultos trabalhadores. Neste estudo, serão examinados os dentes e as gengivas adultos trabalhadores de diferentes empresas. O exame consiste em observação da boca, feita na própria empresa, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos, especialmente dos trabalhadores. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessária. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não participar.

Atenciosamente,

Eduardo Pizzatto - CD[4]
Pesquisador Responsável

Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin[2]
Professora Orientadora

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa ***"Análise comparativa do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores associado ao modelo de atenção odontológica"***, autorizo a realização do exame.

Nome:_____

Assinatura: _____

Curitiba _____ de _____ de 2005.

Centro de Estudos Superiores Positivo / UnicenP
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300
CEP 81280-330 – Curitiba/PR
Fone: (041) 3317-3181 / (041) 9197-6090
e-mail: epizzatto@unicenp.br

Faculdade de Odontologia de Araçatuba / UNESP
Rua José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça
CEP 16015-050 – Araçatuba/SP
Fone: (018) 3636-3250 / (018) 3636-3249
e-mail: cgarbin@foa.unesp.br

ANEXO H

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Araçatuba

FL. 69
PROC.
RUB.

OF. 040/2005
CEP
ACBD/bri

Araçatuba, aos 10 de março de 2005

Em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, realizada em 23/02/2005, foi **APROVADO** a solicitação de prorrogação do projeto **"Avaliação em Saúde Bucal do Trabalhador"**, cujo relatório deverá ser apresentado até **23/08/2005**.

Grato pela atenção.

Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Profª. Drª. Cléa Adas Saliba Garbin
Campus de Araçatuba

Ciente. De acordo.
28/03/2005
Profª. Drª. Cléa Adas Saliba Garbin

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária – Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 636-3200 E-mail: diretor@foa.unesp.br

ANEXO E

UNESP

Avaliação em Saúde Bucal do Trabalhador
Condições de Saúde Bucal

NEPESCO

Nº FICHA	IDADE	SEXO	GRUPO	INSTRUÇÃO	LOCAL
DATA: / /	anos				

EDENTULISMO

USO DE PRÓTESE

Sup Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup Inf

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	18	17	16	55 15	54 14	53 13	52 12	51 11	61 21	62 22	63 23	64 24	65 25	26	27	28
COROA																
RAIZ																
TRATAMENTO																

	48	47	46	85 45	84 44	83 43	82 42	81 41	71 31	72 32	73 33	74 34	75 35	36	37	38
COROA																
RAIZ																
TRATAMENTO																

DOENÇA PERIODONTAL									ALTERAÇÕES TECIDO MOLE
	CPI	17/16	11	26/27		PIP	17/16	11	26/27	
					⬇					⬇
		47/46	31	36/37			47/46	31	36/37	