

**BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES
UNESP**

RESSALVA

Alertamos para ausência de Anexos, não incluídas pelo autor no arquivo original.

OSCAR FERNANDO MUÑOZ CHÁVEZ

**AVALIAÇÃO DO ENSINO NA CLÍNICA INTEGRADA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARARAQUARA-UNESP EM
FUNÇÃO DO PLANEJAMENTO GLOBAL DE TRATAMENTO E SUA
EXECUÇÃO**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia , Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Doutor em Odontologia (Área de Concentração : Dentística Restauradora).

Orientadora: *Profa. Dra. Maria Salete Machado Cândido*

ARARAQUARA

2002

Muñoz Chávez, Oscar Fernando

Avaliação do Ensino na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP em função do planejamento global de tratamento e sua execução .

Oscar Fernando Muñoz Chávez. Araraquara, 2002.

Tese – Doutorado – Faculdade de Odontologia – Universidade Estadual Paulista

1. Clínicas Odontológicas
2. Assistência Odontológica integral
3. Tratamento odontológico – necessidades.

Homenagem Especial

A Profa. Dra. Maria Devanir Figlioli

(in memorian)

*Exemplo de mestre e amiga,
por quem tive o privilégio de ser
orientado. Que Deus a tenha.*

Dedicatória

Aos meus pais ***Tirso e Melfy***
À minha esposa ***Flávia*** ,
aos meus filhos ***Oscar e Letícia***
e aos meus irmãos ***Alejandro,***
Fabiana e Maurício ; que sempre
me apoiaram e me incentivaram.
Obrigado por toda dedicação e carinho
incondicional em todos os momentos
da minha vida.

Agradecimentos Especiais

A **Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo**, pelo incentivo, pela paciência e orientação segura na parte estatística deste trabalho. Meus mais profundos agradecimentos.

À **Profa. Dra. Maria Salete Machado Cândido**, pelo voto de confiança e atenção ao assumir a orientação deste trabalho. De coração, Muito Obrigado.

Ao **Prof. Dr. Renato Luiz Terence**, pela sua alegria, incentivo e companheirismo. Muitíssimo Obrigado.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, na pessoa do seu ilustre Diretor Prof. Dr. Ricardo Samih Georges Abi Rached.

Aos docentes do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, em especial aos docentes da disciplina de Clínica Integrada , Profa. Dra. Andréia A. B. Montandon Pompeu, Luiz Antônio Borelli Barros, Maurício Meirelles Nagle, Renato Luis Terence.

À Pós-Graduação em Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, em especial aos colegas do Doutorado , José Ivo , Geraldo, Maria Fulgência, Osnara, Paulo, Roselaine e Sílvia.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Social Creusa, Cidinha, Giselda, Gláucia, Elisete, Margarete, Márcia e Marcos.

As ex-estagiárias da Disciplina de Clínica Integrada, Vanessa e Beatriz pela colaboração na elaboração deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho.

MUITO OBRIGADO

Sumário

INTRODUÇÃO	8
REVISÃO DA LITERATURA.....	17
PROPOSIÇÃO	78
MATERIAL E MÉTODO	80
RESULTADO E DISCUSSÃO	89
CONCLUSÃO	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS	165
RESUMO	177
ABSTRACT	178

DADOS CURRICULARES

OSCAR FERNANDO MUÑOZ CHÁVEZ

NASCIMENTO	11.02.74 – SÃO PAULO/SP
FILIAÇÃO	Tirso Fernando Muñoz Rivero Melfy Adela Chávez de Muñoz
1991/1994	Curso de Graduação Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP
1996/1997	Curso de Pós- graduação em Dentística Restauradora, nível de Mestrado, Faculdade de Odontologia , Câmpus de Araraquara, UNESP
1998	Contratação na Disciplina de Clínica Integrada, Departamento de Odontologia Social Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP
1999/2001	Curso de Pós- graduação em Dentística Restauradora, nível de Doutorado, Faculdade de Odontologia , Câmpus de Araraquara, UNESP

Introdução

Introdução

A cárie e a doença periodontal estão entre as maiores preocupações dentro da Odontologia, acometendo populações de todo o mundo, com variações de prevalência e severidade de acordo com fatores tais como: idade, nível de higiene bucal, dieta, condição sócio-econômica, saúde geral, entre outros. Em função destes fatores, muitas variações de incidência são encontradas entre as populações de diversos países ou em diferentes regiões de um mesmo país.^{1,56,78,99}

A partir de 1970 pôde-se observar uma diminuição da prevalência de cárie nos países industrializados, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS),¹ principalmente em crianças e adolescentes.^{1,33,56,83} Diversos fatores têm contribuído para a redução da cárie, sendo os principais, decorrentes da melhoria da qualidade de vida das populações, com impacto na saúde bucal. Dentre eles podemos citar: amplo acesso à educação, programas educativos relacionados aos serviços de saúde e, a possibilidade de aquisição de produtos comercializados de higiene bucal como

dentifrícios fluoretados e escovas.^{33,34,72,73}

Também contribuíram para a diminuição dos índices de cárie os serviços públicos de saúde bucal, que cobrem amplos contingentes populacionais, enfatizando a prevenção e associando métodos tais como: utilização de pessoal auxiliar; identificação dos grupos de maior risco, destinando a estes, uma atenção especial; medidas de caráter geral no campo da saúde bucal, e a fluoretação das águas de abastecimento público.^{72,73,74}

É relevante registrar que em 1972, apenas 3,3 milhões de brasileiros tinham acesso à água fluoretada (reconhecidamente a medida preventiva de cárie de maior impacto populacional) sendo que em 1977 esse número foi elevado para 10,7 milhões impulsionado pela Lei Federal 6060/74⁶⁴ e pelas políticas públicas de saneamento que permitiram a alocação de significativos recursos para esse fim e em 1982 chegava-se a 25,7 milhões de brasileiros (20,8% da população total do país). Quanto aos dentifrícios, em 1981, apenas cerca de 12% dos produtos consumidos no Brasil eram fluoretados, este dado é relevante, pois sabe-se que, quando disponível no creme dental (cerca de 0,1% = 1000 ppm) o flúor

está comprovadamente associado a menor incidência de cárie dental.^{64,71}

Para tais estudos, o índice CPO-D aos 12 anos de idade é o índice de referência internacional escolhido pela OMS para medir e comparar condições de saúde bucal em crianças e adolescentes.⁷⁷ O índice mede o ataque de cárie em dentes permanentes, diagnosticando-se um dente como cariado quando uma lesão apresentar tecido mole na base, descoloração do esmalte ou de parede, ou possuir uma restauração temporária. Por outro lado são diagnosticados como dentes sadios aqueles que apresentam alterações em estágios iniciais que podem ou não conduzir à doença.⁷⁷

Downer,³⁰ em 1994, realizou uma análise dos últimos 20 anos de frequência de cárie no Reino Unido, baseado em estudos coordenados pela Associação Britânica para o Estudo da Odontologia Comunitária, onde foi utilizado o índice CPOD (número médio de dentes cariados, perdidos e obturados). Concluiu que houve uma diminuição de 55% de incidência de cárie nos dentes decíduos em crianças de 5 anos de idade, 75% nos permanentes aos 12 anos e 74% aos 14 anos, no período de 1973 a 1993.

O mesmo não foi observado na população brasileira que possui um dos índices de cárie mais elevados do mundo, em trabalho realizado por Pinto⁷⁶ em 1986, para o Ministério da Saúde onde, o índice CPOD aos 12 anos de idade era de 6,65 considerado na faixa de prevalência muito alta. Apesar disso, em 1996, o mesmo autor, comparando os números de cerca de seis anos anteriores, revelou uma melhora a nível mundial.⁷⁷ O CPOD demonstrou um declínio global de aproximadamente 15,5% nesse período, principalmente devido a melhorias verificadas nos países industrializados, na África e na América Latina, sendo esta última região, fortemente influenciada pela redução de cerca de 27% do índice no Brasil, com CPOD médio aos 12 anos de 4,84 chegando a 140^a posição num ranking de 165 países. Apesar dessa melhora considerável, o Brasil situava-se ainda numa posição preocupante frente aos índices de cárie.⁷⁷

No mesmo ano, uma pesquisa promovida a nível nacional abrangendo 27 capitais, observou um declínio em todas as macrorregiões brasileiras encontrando um valor de CPOD aos 12 anos de 3,1 sendo considerada moderada e dentro da meta definida pela OMS, a ser atingida pelos países até o ano

2000 (CPOD igual ou inferior a 3).⁶⁴

Em 1999, foram publicados dados de um levantamento epidemiológico em saúde bucal no estado de São Paulo de 1998 onde observa-se um índice de CPOD de 3,72 para idade de 12 anos, ficando especificamente a cidade de Araraquara com um índice médio de 3,4.⁸⁹

No que se refere à doença periodontal, esta aumentou em todas as populações, principalmente nos países subdesenvolvidos.^{1,45}

Para tais estudos epidemiológicos em Periodontia, um dos índices bases utilizados é o CPITN¹⁰⁰ (Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal) criado em 1977 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) com o objetivo de fornecer uma melhor padronização para as medidas de necessidade de tratamento periodontal de diversas populações, bem como, o uso no planejamento e administração de programas de promoção de saúde, para as faixas etárias consideradas chaves (15-19, 35-44, 65-74 anos). Pôde-se observar que, para o grupo mais jovem (15-19 anos) as diferenças entre os países industrializados e não industrializados são marcantes, e nas outras faixas etárias estas diferenças não existem, como mostra

o trabalho realizado por Miyasaki et al.⁵⁵

Estes autores⁵⁵ publicaram os dados armazenados no Banco Global de Dados Orais da OMS até agosto de 1991, com resultados de quase 100 levantamentos utilizando o CPITN (Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário) entre indivíduos de 35-44 anos, em mais de 50 países, tendo como finalidade dar uma visão comparativa dos resultados desse estudo. Os autores concluíram que: cálculo e bolsas rasas foram as condições mais observadas; a diferença entre os países industrializados e não industrializados não se refletiram claramente nos dados examinados, no entanto, nestes últimos as condições periodontais variaram amplamente, merecendo maiores estudos.

É relevante salientar que a grande maioria de tais estudos é conduzida diante de faixas etárias restritas como a população infantil^{33,34,73,78} e idosa,^{43,47,50,90,94,96} ficando a população adulta com um número pequeno de pesquisas, tanto para os índices periodontais, como de cárie e necessidade de tratamento.⁹⁵ Em relação às necessidades da população, muitas vezes estas são entendidas e trabalhadas de forma fragmentada e em “especialidades”, dificultando uma análise geral das

condições de saúde bucal de tais populações.⁵⁹ Outro problema encontrado, está relacionado à metodologia utilizada, como por exemplo: adota-se um método de investigação realizado em escolares e tenta-se transporta-lo para a população adulta, o que muitas vezes não é correto, pois estes apresentam problemas até certo ponto distintos uma vez que os adultos apresentam maiores necessidades acumuladas.⁵¹

As Universidades, de um modo geral, devem ser as iniciadoras e repercussoras de experimentos clínicos para identificar as legítimas necessidades de sua população, como acontece nos países industrializados, onde estas têm um papel enorme na execução de planejamentos para tais necessidades .^{15,97} Isso ocorre não somente nas Disciplinas de Saúde Bucal mas em todos os aspectos da vida comunitária, assim como, deve-se propor uma investigação profunda das maneiras para se atingir esses objetivos,^{15,52,97} pois segundo Chaves,²⁷ “com tantos problemas a serem resolvidos e à vista da insuficiência de recursos é necessário que sejam abordados mais racionalmente o planejamento e a organização dos serviços odontológicos, na tentativa de melhor aproveitamento dos recursos materiais humanos disponíveis”. Isso corrobora com um dos objetivos da

Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, que também correlaciona as Disciplinas Clínicas entre si, fornecendo ao aluno um conceito global da profissão com a execução de tratamentos completos.

Assim, com base nessas propostas procuramos investigar as necessidades odontológicas e os tratamentos realizados na população que demanda a Clínica Integrada, bem como buscar na literatura informações a respeito das necessidades odontológicas dos pacientes em Clínicas de Ensino ou população adulta que procura por tratamentos globais.

Revisão de literatura

Revisão da literatura

Tendo em vista a escassez de trabalhos relatando as necessidades de pacientes adultos relacionadas à Clínica Integrada, nossa revisão enfoca: aspectos conceituais e filosóficos desta Disciplina; necessidades odontológicas específicas, ou seja, por especialidades; demanda odontológica em populações e em Instituições de Ensino. Para facilitar a leitura e a compreensão, tais enfoques foram divididos e agrupados conforme segue.

1. Trabalhos realizados sobre Clínica Integrada, assim como uma análise da formação e evolução desta Disciplina na FOAr-UNESP.
2. Estudos das necessidades odontológicas em populações adultas estrangeiras.
3. Estudos das necessidades odontológicas na população adulta brasileira.

1. Clínica Integrada

Até a década de 60, o ensino-aprendizagem da Odontologia no Brasil e na América Latina tinha como objetivo preparar profissionais para atender a demanda na área de saúde bucal, sem uma preparação adequada. O profissional era formado mais como artesão que como um recurso humano para a saúde. O Curso de Graduação em Odontologia tinha duração de 3 anos, constando de noções de biologia humana no primeiro ano, conhecimentos pré-clínicos no segundo e clínicos no terceiro ano. A clínica era ensinada integralmente, buscando dar uma preparação geral ao cirurgião-dentista dando-se ênfase à exodontia e prótese.³⁹

A partir de 1950, pelo contato com as Universidades Americanas, iniciou-se a formação especializada e ainda hoje várias faculdades tendem a formar um profissional especialista. Isso causa uma distorção no ensino-aprendizagem, pois o estudante dirige-se a uma especialidade, geralmente dentre as mais lucrativas, perdendo a oportunidade de obter uma boa formação global, não sendo capaz sequer de elaborar

um diagnóstico correto.³⁹

Dessa maneira foram introduzidas inovações no currículo e os cursos passaram a ter duração de 4 anos. Com isso obteve-se algumas vantagens, dentre elas a formação de profissionais melhor preparados; porém, em contrapartida, ocorreu uma limitação dos mesmos em relação à realização de um trabalho global no paciente, pois não eram capazes de elaborar um planejamento adequado às condições gerais de saúde, resultando em maior custo operacional.³⁹

A partir desses aspectos, foi necessário implantar a Disciplina de Clínica Integrada, sendo atribuída à Faculdade de Odontologia da Universidade de Antióquia, Medellín-Colômbia, em 1954, a primeira experiência concreta na América Latina, relacionada a esse sistema de ensino.⁴

Botero,¹⁶ em 1962, afirmou que a criação da Clínica Integrada naquela Universidade resultou da necessidade dos alunos em sintetizar os conhecimentos adquiridos isoladamente. O autor também destacou outros fatores básicos, tais como:

- A integração entre as Disciplinas básicas e as clínicas, bem como das clínicas entre si.
- Fornecer ao aluno o conceito integral da profissão, através

de uma síntese dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

- Tornar o aluno familiarizado com o plano de tratamento completo em relação ao paciente.
- Que a Clínica Integrada deve funcionar no último ano do Curso de Graduação.
- Que o corpo docente deve ser constituído por professores especializados nas diversas áreas da Odontologia.
- Que a Odontopediatria e a Ortodontia devem ser excluídas do sistema e desenvolvidas à parte.

Tendo em vista estes aspectos, em 1967 o então diretor da FOAr-UNESP, o Prof. Dr. Raphael Lia Rolfsen delegou ao Prof. Dr. Fabio de Angelis Porto a responsabilidade de estruturar e organizar a Disciplina de Clínica Integrada da referida unidade, a primeira a ser implantada nesta Universidade. Na época foi denominada Policlínica, atuando junto aos alunos da 4^a série, com o intuito de fornecer-lhes a possibilidade de realizarem tratamentos completos nos pacientes.²⁵

Restrepo,⁸⁴ em 1969, afirmou que a integração desejada deve abranger todos os aspectos, desde o diagnóstico até a execução completa do plano de tratamento estabelecido.

Ainda em 1969, Bresolin²¹ relatou diversos aspectos da integração das matérias, tais como:

- básicas entre si;
- de aplicação nas básicas;
- básicas nas de aplicação;
- de aplicação entre si; e
- integração do estudante na comunidade.

Segundo Campos,²³ em 1969, devido à limitação dos recursos destinados à satisfação das necessidades e a existência de necessidades múltiplas e crescentes na saúde da população, o instrumento adequado para a abordagem racional do problema é o planejamento.

No parecer 840/70-CFE (Conselho Federal de Educação)¹⁸ de 11 de novembro de 1970, mais especificamente no Artigo 10 em seu parágrafo único, transcreve-se:

“Na Clínica Integrada de que trata este artigo, desenvolver-se-á o estudo global das necessidades dos pacientes, integrando-se sob a forma de exercício clínico, como estágio, com duração mínima de 1 (um) semestre letivo, de caráter obrigatório”.

A partir desse parecer, em 1971, a Policlínica da

FOAr-UNESP passou a ser considerada como estágio obrigatório para os alunos da 4^a série, sendo composta por docentes de Disciplinas especializadas que revezavam-se constantemente.²⁵

Bastos,¹⁴ em 1975, referindo-se a sua vivência em Clínica Integrada demonstra em seu artigo a filosofia de ensino empregada na Escola de Odontologia e Farmácia de Alfenas, Minas Gerais, destacando principalmente as questões de frequência dos odontolandos e o cumprimento de carga horária no 8^o período.

Abramowicz et al.,² em 1976, estabeleceram o perfil dos pacientes que freqüentaram as clínicas da Faculdade de Odontologia de São Paulo-USP, através de questionários aplicados a 441 indivíduos que solicitaram os serviços de triagem e emergência da mesma. Esse estudo revelou que: 7,71% desses pacientes eram encaminhados à Clínica Integrada; em relação às outras Disciplinas, a maior parte (41,4%) foi encaminhada à Clínica de Cirurgia; 69,16% dos entrevistados eram do sexo feminino e 30,84% do masculino. Quando à idade, os autores observaram que, na maioria, situavam-se nas faixas de 11 a 20 anos e 21 a 30 anos, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes (em números absolutos e percentuais) segundo a idade. FOUSP, 1976. *Abramowicz et al.*²

IDADE	N^o DE PACIENTES	PORCENTAGEM %
6-10 anos	10	2,27
11-20 anos	161	<u>36,52</u>
21-30 anos	96	<u>21,76</u>
31-40 anos	75	17,00
41-50 anos	60	13,61
> de 51 anos	39	8,84
TOTAL	441	100,00

Piedade,⁷⁵ em estudo sobre avaliação quantitativa das atividades clínicas dos alunos de Clínica Integrada, em 1977, observou:

“A Clínica Integrada visa dar ao futuro profissional vivência clínica, a fim de que possa diagnosticar, planejar, executar e avaliar casos clínicos, constituindo a última etapa da formação do cirurgião-dentista”.

Essa observação enquadra-se na definição da ABENO,⁸ formulada em 1978:

“A Clínica Integrada é um sistema educacional através do qual o processo ensino-aprendizagem, desenvolvido

sob a forma de disciplina, objetiva treinar o aluno para integrar conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso, de modo a proporcionar ao paciente o atendimento global de necessidades evidenciadas”.

Albuquerque,⁴ também em 1978, avaliando a efetividade do sistema de Clínica Integrada desenvolvido no Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), identificou e caracterizou as necessidades dos pacientes que freqüentaram a Clínica Integrada no período de 1971 a 1975, num total de 4398 prontuários, verificando que: 25,26% dos pacientes requeriam exodontias; 84,7% necessitavam de algum tipo de restauração, sendo que o grupo situado entre 2 a 5 restaurações constituiu a fração mais representativa, com 27,13%; 17,82% apresentavam necessidades de endodontia por satisfazer; 8% requeriam prótese total simples, enquanto que 14% prótese total dupla (superior e inferior); 19,42% necessitavam de uma prótese parcial fixa e 19,67% mais que uma; 32,49% necessitavam de prótese parcial removível, sendo que destes, 21,62% requeriam apenas uma. Ainda sobre a demanda de pacientes, o autor⁴ concluiu que a faixa etária mais significativa que freqüentou a Clínica Integrada

da UFRN situou-se entre 13-20 e 21-28 anos e que a demanda de pacientes do sexo feminino foi significativamente maior que do masculino. Destacou que tal sistema de Clínica Integrada naquela Instituição demonstrou não ser operacionalizado de modo efetivo no objetivo estabelecido, ou seja, de proporcionar atenção integral às necessidades odontológicas dos pacientes.

Assim sendo, Gomes & Borges,³⁹ em 1978, abordando o sistema de Clínica Integrada propuseram diretrizes para sua organização, tais como:

“A estruturação de serviço que permita ao aluno de Odontologia, fazer um diagnóstico das condições de saúde bucal de seu paciente, correlacionando as possíveis lesões locais com o estado de saúde geral e orientar o paciente para a busca de soluções globais de seu estado de saúde:

- A existência de condições de planejamento do trabalho completo, tendo em vista a recuperação funcional do aparelho estomatognático, com base em dados oriundos do diagnóstico;
- Poder contar, nas enfermidades mais graves, com a assistência de especialistas em problemas tais como: lesões periodontais e endodontias complexas, cirurgia maior e

correlações ortodônticas, a fim de que haja bom êxito no tratamento, não devendo ser deixado de lado a possibilidade de intervenção do médico, quando o estado geral do paciente o exija;

- Um modelo de serviço organizado de tal forma que permita ao estudante iniciar e terminar o tratamento de seu paciente, dentro dos padrões mínimos exigidos”.

De acordo com Braham,¹⁷ em 1978, o primeiro fator a ser considerado na formação clínica do cirurgião-dentista é o trinômio humano: paciente-estudante-professor. Há necessidade do professor estar adequadamente capacitado para atuar como docente a nível clínico, assim como este deverá conhecer profundamente o ambiente total ao redor das pessoas que trabalham, devendo também ser capaz de aplicar os conhecimentos de ciências sociais e de administração no ensino integrado nas clínicas.

Garrafa,³⁷ em 1979, propôs um sistema de recepção, seleção, admissão, distribuição e controle de pacientes através da criação de um sistema integrado, ágil, dinâmico e flexível pela avaliação dos pacientes atendidos nas clínicas de Odontologia. Dentre os objetivos, o autor³⁷ citou:

“Colaborar para que os recursos humanos, produtos finais do processo educacional, terminem seu curso com a atitude de observar o paciente como um complexo biopsicossocial e não somente como um elemento portador de problemas estomatognáticos”. Destaca ainda que “Deve-se melhorar o nível geral da prestação de serviços por parte do sistema, à coletividade”.

Seguindo os objetivos citados anteriormente, visando colaborar e melhorar o nível do processo educacional, em 1979 foram transferidos oficiosamente, em caráter experimental, quatro docentes de outras Disciplinas para a Clínica Integrada da FOAr-UNESP (assim denominada desde 1976), interessados em compor com os dois docentes da Disciplina de Economia Profissional, uma equipe fixa e coesa. A partir de 1981, com a oficialização da transferência desses docentes, e tendo os mesmos já ampliado seus conhecimentos de organização e racionalização preconizados pela Disciplina de Economia Profissional, a Clínica Integrada iniciou uma fase de funcionamento mais dinâmica e satisfatória.²⁵

Em 1982, o Conselho Federal de Educação,¹⁹ através da Resolução nº 4, de 03 de setembro de 1982,

estabeleceu o currículo mínimo do Curso de Graduação em Odontologia, no qual a Clínica Integrada passou a ser considerada matéria profissionalizante, constando o seguinte em seu Art.12: “O ensino e treinamento dos alunos em termos de necessidades globais dos pacientes será realizado em Clínica Integrada, com duração mínima de um semestre letivo, sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino nas diversas matérias profissionalizantes”.

Moreira,⁵⁸ em 1982, analisou as necessidades subjetivas de pacientes, observando que a visão dos mesmos quanto às suas necessidades os levaram a não retornar para consulta. Assim, sugeriu que os profissionais orientem seus pacientes para retornos a curto prazo, dando continuidade ao tratamento ou para avaliação da situação clínica e determinação da conduta a seguir, assim como assegurar contínua supervisão para aumentar a eficácia do tratamento, tanto do ponto de vista subjetivo do paciente quanto objetivo do profissional.

Em 1985, Albuquerque⁵ fez considerações acerca dos aspectos filosóficos e operacionais relativos ao sistema de Clínica Odontológica Integrada. O autor sugeriu a adoção de estratégias, visando a utilização de avaliações sistemáticas para

se obter melhor conhecimento do funcionamento dos problemas existentes e de medidas adotadas para o bom desempenho do sistema, com vistas ao alcance dos seus reais objetivos.

Tais medidas foram estabelecidas conforme a estrutura curricular da FOAr-UNESP,⁸⁸ onde transcreve-se no parágrafo 6º:

“O ensino e treinamento dos alunos em termos de necessidades globais dos pacientes serão realizados em Clínica Integrada sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino das diversas matérias profissionalizantes”, ou seja; segue os mesmos padrões estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação.¹⁹ A partir de então, em 1986 foi iniciado um programa teórico com conteúdo específico da Disciplina de Clínica Integrada, sendo a mesma implantada oficialmente como Disciplina nesta Faculdade, no ano de 1987.²⁵

Atualmente, tal Disciplina é ministrada nos 7º e 8º semestres, com 18 créditos (270 horas) e tem como objetivos:²⁵

- Fornecer ao aluno a oportunidade de atender o paciente de maneira global, aplicando os conhecimentos técnicos

anteriormente adquiridos, de maneira individualizada, nas disciplinas clínicas especializadas.

- Realizar o exame clínico orientado no sentido de reconhecer todos os problemas existentes na casuística complexa de evidências que caracterizam o caso clínico global.
- Fornecer aos alunos, depois de definido o diagnóstico, meios para que possam planejar e ordenar a seqüência do tratamento, e realizá-lo integralmente.

Ainda em 1986, Marotti & Alcântara,⁴⁸ verificaram a influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia de Porto Alegre-UFRGS. Através da análise dos prontuários de 446 pacientes, observaram que 38,6% da amostra eram homens e 61,4% mulheres, concluindo que apesar da maior procura do serviço de atendimento por estas, tiveram uma experiência de cárie mais alta do que no sexo masculino, sendo que houve uma média de 14 dentes cariados para as mulheres em relação a 11 dentes para os homens.

Outro aspecto importante também foi verificado por Sampaio⁸⁶ em 1987, que analisou as alterações gengivais

dos dentes submetidos a trabalhos protéticos fixos em pacientes da Clínica Integrada da FOAr-UNESP. Observou que houve uma maior quantidade de placa nos dentes que receberam próteses provisórias, mas apesar disso a média dos índices aplicados permaneceram a níveis baixos, pelo fato dos pacientes serem controlados quanto aos cuidados com a higiene bucal.

Em outro estudo, Catandi,²⁶ em 1988, determinou por meio do CPITN (Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário), as necessidades de tratamento periodontal de 258 indivíduos de ambos os sexos, que se apresentaram para triagem na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP. Foram divididos em dois grupos etários, um com idade entre 19 e 35 anos, composto por 109 pacientes (82 mulheres e 27 homens) e outro com idades acima de 35 anos, composto por 149 pacientes (119 mulheres e 30 homens). Quanto às necessidades de tratamento, todos requeriam tratamento periodontal em uma ou mais regiões da boca, sendo que: a maioria (83,3%) necessitava de instrução de higiene bucal e raspagem e polimento dental; 16,7% de tratamento complexo. Os resultados, conforme idade e sexo, podem ser vistos no Gráfico 1.

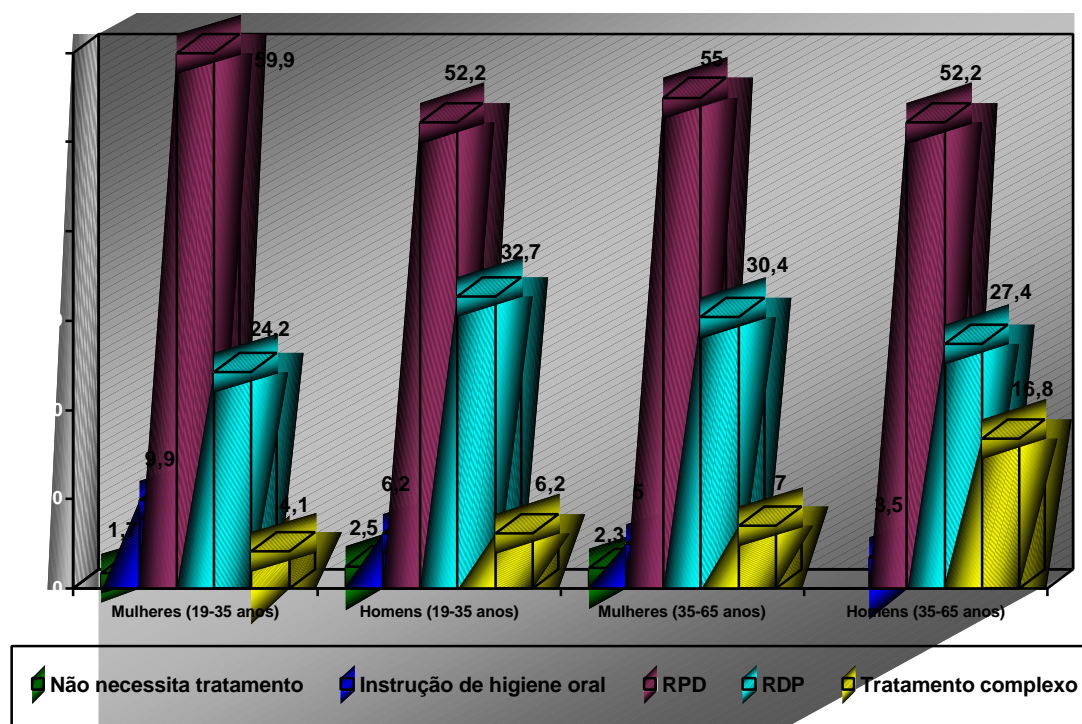


GRÁFICO 1 - Distribuição e freqüência (%) dos graus de necessidade de tratamento periodontal, segundo faixa etária e sexo.

Fonte: *Catandi*,²⁶ 1988.

Castro,²⁵ em 1989, apresentou a organização e funcionamento da Clínica Integrada da FOAr-UNESP, com atuação conjunta da Disciplina de Economia Profissional. O autor²⁵ descreveu o conteúdo programático teórico das Disciplinas, os ambientes, materiais e os equipamentos utilizados para o desenvolvimento prático das mesmas, a composição e funções dos funcionários, do corpo docente e sistema de trabalho dos alunos e docentes, desde a triagem inicial dos pacientes até a avaliação final dos discentes. Mostrou ainda alguns dados numéricos dos anos de

1984/1985/1986, relacionados aos trabalhos clínicos realizados, como podemos observar no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição do número de pacientes atendidos na Clínica Integrada da FOAr (1984/86), segundo trabalhos realizados e classificação sócio-econômica. *Castro*,²⁵ 1989.

TRABALHOS REALIZADOS	Nº DE PACIENTES CONFORME CLASSIFICAÇÃO			Nº TOTAL 369
	B	C	D	TOTAL DE TRABALHOS
	6	143	220	
Exame Clínico e Planejamento	6	143	220	369
Modelos de Estudo	4	117	168	289
Radiografias Periapicais/Interproximais	39	886	1.214	2.139
Radiografias Panorâmicas	4	104	198	306
Raspagem - Polimento - Higiene Oral	8	370	539	917
Exodontia	2	43	110	155
Gengivectomia	-	19	19	38
Gengivoplastia	-	18	14	32
Cirurgia a Retalho e Outros	3	14	11	28
Cirurgias - Total	5	94	154	253
Endodontia Unirradicular	-	31	62	93
- Bio	-	30	38	68
Endodontia Birradicular	-	10	13	23
- Bio	-	5	9	14
Endodontia Molares	-	28	25	53
- Bio	2	20	27	49
Endodontia - Total	2	124	174	300
Restauração Amálgama	-	437	590	1.045
- 1 Face	18	361	416	786
- 2 Faces	12	277	285	571
- 3 ou + Faces	9	1.075	1.291	2.405
Restauração Amálgama - Total	39	1.075	1.291	2.405
Restauração Resina Composta	-	437	590	1.045
- 1 Face	18	361	416	786
- 2 Faces	12	181	212	393
- Fotopolimerizadas	-	652	771	1451
Restauração Compota - Total	28	652	771	1451
Bloco Metálico	2	68	66	136
Núcleo Metálico	-	130	134	264
Coroa Provisória	11	221	292	524
Coroa Total Metal	-	11	22	33
Coroa Metal-Plástica	-	81	133	214
Coroa Metal Cerâmica	-	30	3	33
Próteses Unitárias - Total	13	541	650	1.204
Elemento Prótese Fixa	14	202	137	353

Elemento Prótese Adesiva	-	67	87	154
Prótese Parcial Removível	-	54	88	142
Prótese Total	-	6	9	15

Peraza,⁶⁹ em 1990, traçou o perfil dos pacientes que solicitaram atenção na Faculdade de Odontologia na Universidade Católica Venezuelana, através de um questionário contendo dados pessoais, percepção, atitudes e condutas com respeito a saúde bucal, motivo da consulta, entre outros. A análise dos resultados obtidos permitiu-lhe concluir que é necessário discutir a relação entre a prática profissional e o ensino odontológico para facilitar o plano de tratamento, pelo conhecimento dos pontos que podem interferir no êxito da restituição da saúde bucal.

Montandon,⁵⁶ em 1992, aplicou o Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário (CPITN) em 775 pacientes dentados, de ambos os sexos, com idade a partir dos 7 anos, que procuraram atendimento nas Clínicas de Ensino da FOAr-UNESP no ano de 1991. Os resultados mostraram alta prevalência de doença periodontal desde a infância: 99,5% das crianças de 7-11 anos e 100% dos demais pacientes apresentaram algum grau de doença periodontal; os resultados sugeriram que 99,9% dos pacientes necessitavam de instrução de higiene bucal, 85,2% em uma média de 3,5

sextantes requeriam também raspagem e polimento dental e 12,3% com 0,2 sextantes, em média, de tratamento complexo.

A Tabela 2 mostra as necessidades de tratamento por grupo etário pela distribuição percentual dos indivíduos:

TN₀ = não necessita tratamento

TN₁ = instrução de higiene bucal

TN₂ = instrução de higiene bucal + raspagem e polimento dental

TN₃ = tratamento complexo

Tabela 2 - Distribuição percentual de indivíduos segundo as necessidades de tratamento e grupo etário. *Montandon*,⁵⁶ 1992.

GRUPO ETÁRIO	n	% TN ₀	% TN ₁	% TN ₂ (N.M.S.)	% TN ₃ (N.M.S.)
7-11	207	0,5	99,5	56,5 (1,4)	
12-14	63	0,0	100,0	73,0 (2,6)	
15-19	84	0,0	100,0	95,2 (3,9)	2,4 (0,0)
20-24	58	0,0	100,0	96,6 (4,6)	10,3 (0,2)
25-29	76	0,0	100,0	97,4 (4,6)	9,2 (0,1)
30-34	77	0,0	100,0	100,0 (5,1)	20,8 (0,4)
25-44	107	0,0	100,0	100,0 (4,6)	29,0 (0,7)
45-54	53	0,0	100,0	100,0 (4,3)	26,4 (0,5)
55-64	31	0,0	100,0	100,0 (3,8)	38,7 (0,6)
65 ou +	19	0,0	100,0	100,0 (2,9)	36,8 (0,5)
TOTAL	775	0,1	99,9	85,2 (3,5)	12,3 (0,2)

Nota: N.M.S. = número médio de sextantes

Sampaio et al.,⁸⁷ em 1994, ressaltaram a importância do clínico geral frente ao diagnóstico e tratamento de casos clínicos globais, sendo necessário seguir uma

sistemática adequada de exame clínico. Apresentaram uma seqüência lógica de condutas, ou seja, atendimento inicial do paciente, anamnese, exame clínico: exame extra-oral, exame intra-oral, modelos de estudo, exame radiográfico e orientação de higiene bucal. Os autores⁸⁷ afirmaram que cabe ao profissional: desenvolver um tratamento completo, inteligente e consencioso, que só será possível através de um diagnóstico correto e determinação de um plano de tratamento adequado, que exige um exame clínico criterioso, detalhado e completo.

Outro aspecto que merece atenção foi abordado por Barbisan et al.,¹³ em 1995, em relação ao grau de satisfação dos pacientes. Os autores,¹³ em entrevista a 61 adultos que estiveram em tratamento nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre-UFRGS, encontraram um percentual alto (90,17%) de satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido, indicando que tais resultados servem para melhorar a qualidade da relação entre paciente e profissional, melhorando a eficácia do serviço.

Padilha et al.,⁶⁷ em 1995, analisaram o estágio de desenvolvimento de Clínicas Integradas junto às Instituições de Ensino Odontológico no Brasil, através de ofícios enviados a 69

coordenadores e/ou responsáveis por esta Disciplina. Cada ofício continha em anexo questões onde buscava-se identificar os conceitos, filosofias, relacionar os objetivos educacionais e verificar se a Clínica Integrada cumpria as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Educação (CFE) e pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Os autores⁶⁷ concluíram que a Clínica Integrada nas Instituições de Ensino Odontológico pesquisadas correspondiam às diretrizes determinadas pelo CFE e ABENO na existência do currículo pleno, semestre de localização e forma de Disciplinas, não satisfazendo em relação a conceitos, objetivos terminais e orientação filosófica.

Muñoz Chávez,⁶³ em 1998, realizou um estudo na Faculdade de Odontologia de Araraquara, onde foram analisados 502 planejamentos realizados no período de 1993 a 1996 na Disciplina de Clínica Integrada com o intuito de identificar as necessidades odontológicas, assim como, caracterizar a população segundo: ano de ingresso no sistema, idade e sexo. Foi verificado que nesse período de estudo o grupo etário 35-45 anos foi o mais significativo e o sexo feminino (74,5%) procurou mais atendimento que o masculino

(25,5%), com relação às necessidades odontológicas verificou-se que 87,4% dos pacientes necessitaram de raspagem e polimento dental, 70,2% de restaurações estéticas (resina composta, ionômero de vidro ou selante); 67,4% restaurações de amálgama; 49% de próteses fixas unitárias (coroas ou restaurações metálicas fundidas); 37,9% próteses parciais removíveis; 37,7% endodontias; 30,9% próteses fixas (3 elementos ou mais); 29,3% extrações; 22,6% cirurgias periodontais e 9,2% de próteses totais.

Carvalho et al.,²⁴ em 2000, realizaram um estudo onde buscaram verificar a associação entre indicadores de saúde bucal e aspectos sócio-econômicos dos pacientes submetidos a tratamento odontológico por acadêmicos da Disciplina de Clínica Integrada da Universidade Federal Fluminense, foram examinados 98 pacientes em 1999, através de indicadores de saúde bucal como: índice CPO-D, índice de higiene oral simplificado (IHOs) e índice de sangramento gengival (IS) obtidos por meio de exame clínico além da relação com aspectos sócio-econômicos (renda, nível educacional, moradia própria e nível de consumo). Os autores encontraram CPO-D médio de 19,2, IHOs médio de 0,9 e presença de sangramento

em 78,5% dos pacientes, também conclui-se que os indicadores de saúde não foram influenciados pelos indicadores sociais.

Cunha,²⁸ em 2000, avaliou a prevalência e características da queixa principal e procedimentos realizados relacionado às variáveis sexo e idade em pacientes não cadastrados da Disciplina de Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba, foram analisados 563 prontuários odontológicos sendo 27,3% do sexo masculino e 72,6% do sexo feminino, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 0 a 10 anos com 18%; 11 a 20 anos correspondendo a 26,5%; 1 a 30 anos em 22,4%; 41 a 50 anos com 11,5%; 51 a 60 anos com 3,9% e 61 e mais anos com 2,4%. Como queixa principal foram encontradas “dor de dente” correspondendo a 23% dos prontuários; “cárie” (21,2%); “restauração deficiente” (12,8%); “dente quebrado” (10,5%). Os procedimentos mais realizados foram: restaurações (31,6%); radiografias (15,8%); raspagens (9,4%) e exodontias (8,6%). Concluiu-se que as queixas principais não sofreram influência de sexo e faixa etária, entretanto para o sexo feminino os procedimentos realizados apresentaram valores diferentes ao tipo de tratamento executado.

Padilha, Rocha, Tortamano,⁶⁸ em 2000, analisaram a evolução recente do modo de apresentação da Disciplina de Clínica Integrada nos currículos odontológicos através do envio de um questionário do tipo misto aos 87 coordenadores desta disciplina nas Instituições de Ensino Odontológico no Brasil, após análise de 51 questionários respondidos encontraram os seguintes dados: 98,4% dos cursos de odontologia apresentam Clínica Integrada, a forma de apresentação predominante foi Disciplina de Clínica Integrada com 72%; os semestres do curso em que eram oferecidos com maior frequência foram o 9^o com 24% e o 8^o e 7^o com 22,7% e 21,7% respectivamente, apresentou-se com maior frequência em 2 semestres letivos com 63% e 1 semestre com 21,7% a carga horária mais freqüente ficou entre 301-400 horas com 30%; a composição da equipe mais freqüente nos cursos de odontologia ainda é através de docentes de outras disciplinas em regime de colaboração (76%) onde as disciplinas que mais colaboram são Prótese e Endodontia com 98% e 72% das respostas colhidas, e que o conceito adotado mais freqüentemente foi pelo atendimento das necessidades globais do paciente com 44% e a filosofia de ensino é voltada para o integracionismo em 32% dos

cursos de odontologia pesquisados.

2. Estudos das necessidades odontológicas em populações adultas estrangeiras

A Associação Dentária Americana (ADA),³⁵ em 1940, realizou uma pesquisa com 313 pacientes selecionados entre 15 e 19 anos de idade que procuraram atendimento em consultórios odontológicos. Foi observado que: cada indivíduo requeria ao redor de 7,8 restaurações; 18,1% dos pacientes necessitavam de prótese parcial fixa; 4,5% de prótese parcial removível; 1,6% de prótese total, 77% de raspagem e polimento dental; 5,4% de tratamento endodôntico e 2,9% de tratamento periodontal complexo. Foi ressaltado que se tratavam de pacientes com pouca assistência odontológica e que os resultados seriam mais elevados caso o mesmo estudo fosse realizado em pacientes sem nenhuma preocupação com a saúde bucal.

Leverett,⁴⁶ em 1976, atentou para o fato de que 18% da população dos Estados Unidos eram totalmente desdentados, que 9% tinham pelo menos um arco

completamente desdentado e que apenas 21% da população adulta, ou seja, uma pessoa em cinco não perderam seus dentes permanentes. O mesmo autor também ressaltou que idade, educação e classe social correlacionam-se com a falta de dentes, sendo duas a quatro vezes maior que nos grupos sociais mais elevados.

Outro aspecto importante foi observado por Johansen & Johansen⁴⁴ em 1977, ao estudarem a razão de extração em dentes permanentes no sul da Austrália, encontrando uma alta prevalência na faixa etária entre 11-40 anos, correspondendo a 68% do total das extrações. O número de extrações aumentou com a idade, diminuindo nos grupos mais idosos. Houve uma tendência das mulheres terem mais dentes extraídos nas faixas etárias menores, em comparação aos homens. Os autores concluíram que a cárie (nos grupos mais jovens) e a doença periodontal (nos grupos mais velhos) foram as principais causas de extrações dentárias.

Davis et al.,²⁹ em 1983, realizaram um estudo em Portugal, nas cidades de Montemor-o-Novo, Alentejo e Lisboa, visando a obtenção de dados acerca da perda dentária, presença de raízes e de dentes não substituídos proteticamente,

considerados como indicadores de tendência da prevalência das doenças dentárias e necessidades de extrações e tratamento protético. Examinaram 256 pessoas (121 indivíduos do sexo masculino e 135 do feminino) com idades entre 15 e 44 anos. A perda dentária aumentou com a idade, com uma maior tendência no sexo feminino do que no masculino, sendo que 11,3% indivíduos necessitavam de extração dentária e 18,9% de algum tipo de prótese.

Meeuwissen & Eschen,⁵⁴ em 1985, realizaram um estudo longitudinal em 1000 oficiais do exército e aeronáutica Holandês durante os anos de 1958 a 1977, relacionado aos tratamentos protéticos fixos (próteses fixas e coroas). Constataram que em ambas as populações foram realizadas mais coroas na maxila e que os oficiais receberam maior número de coroas na faixa etária entre 40 a 48 anos de idade; a média de coroas recebidas foi de 2,28 por pessoa; o dente mais usado como retentor das próteses fixas foi o canino superior esquerdo, seguido pelo segundo pré-molar inferior esquerdo; os dentes superiores receberam mais tratamentos protéticos fixos do que os inferiores.

Gordon et al.,⁴⁰ em 1986, determinaram as

necessidades de tratamento odontológico em 216 adultos oficiais de carreira da Força de Defesa Israelita, com idades entre 20 a 46 anos. Os indivíduos completaram questionário sobre nível sócio-econômico, educação e história dental; também foram realizados exames clínicos e radiográficos para indicação das necessidades e estimativa do tempo de tratamento requerido. A média de restaurações requeridas foi de 4,82 por pessoa (4,94 para o grupo de 20-35 anos e 4,56 para o de 36-46 anos de idade). O número médio de tratamento endodôntico foi de 5,4 dentes por pessoa; a média de extrações foi de 6 por pessoa. Quanto ao tratamento periodontal apenas 2% não necessitavam, enquanto 22% requeriam apenas instrução de higiene bucal; 52% necessitava também de raspagem e polimento dental e 23% de cirurgia periodontal. As necessidades de tratamento protético fixo e removível aumentaram de acordo com a idade; 60% da população requeria novo tratamento ou troca de alguma prótese insatisfatória; a média de coroas por pessoa foi de 2,2.

Nyyssönen et al.,⁶⁵ em 1987, analisaram a saúde bucal, o uso dos serviços odontológicos e fatores sócio-econômicos correlacionados à necessidade subjetiva de próteses

removíveis em adultos finlandeses com idades superiores a 30 anos. Foram seleccionados 2528 indivíduos de ambos os sexos, que tinham perdido um ou mais dentes naturais e que não possuíam próteses; no grupo havia 130 desdentados (5,1%). O número de indivíduos que necessitava de prótese foi de 529, sendo que a proporção com necessidade subjetiva de próteses removíveis aumentou com a idade e foi estatisticamente significativa quanto ao sexo; os homens apresentaram maiores necessidades subjetivas de tratamento do que as mulheres, respectivamente, 69,2% e 30,8%. Os indivíduos com maiores necessidades subjetivas de próteses possuíam poucos dentes, maior número de cariados e higiene bucal deficiente.

Ainda em 1987, Wissa & Zahran⁹⁸ identificaram e avaliaram a utilização dos serviços de saúde bucal rural no Egito, seleccionando seis dos vinte e seis estados. Foram visitados 10 centros de saúde bucal de cada estado, num total de 60 centros. A pesquisa foi conduzida durante os anos de 1980 e 1981, realizando-se tratamentos odontológicos, levantamentos populacionais, tipo e condição dos equipamentos presentes e a demanda da população que procurou tais serviços. Os autores⁹⁸ chamaram a atenção para o alto número de

extrações e baixo número de restaurações realizadas devido às condições de tratamento e pouca informação da população quanto à saúde bucal (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos tratamentos realizados segundos os estados.

Fonte: *Wissa & Zahram*,⁹⁸ 1987.

ESTADOS	EXTRAÇÃO (%)	TRATAMENTO PERIODONTAL (%)	RESTAURAÇÕES (%)	OUTROS CASOS (%)
Alexandria	49,8	27,2	0,3	22,7
Dakahliya	57,7	24,7	0,0	17,6
Qualyubiya	45,3	34,4	0,3	30,0
Benisuef	48,7	28,3	0,4	22,5
Assuit	55,0	26,7	1,8	16,5
Aswan	65,0	31,5	1,1	2,4
TOTAL	53,6	28,8	0,65	18,6

Razak & Jaafar,⁸² em 1987, avaliaram as necessidades odontológicas, a demanda e o modelo de utilização dos serviços de 750 indivíduos atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade da Malasia em Kuala Lumpur, no ano de 1985, mostrando a distribuição dos pacientes por idade e sexo. Encontraram maior demanda de pacientes do sexo feminino (51,5%) em relação ao masculino (48,5%). Ocorreu maior porcentagem de indivíduos requerendo extrações (50,7%), seguida de restaurações (25,1%), ortodontia (7,7%), periodontia (6,9%) e prótese (6,5%). Os autores⁸² também avaliaram as queixas principais dos pacientes,

observando que as mulheres apresentaram comportamento mais preventivo e voltado para a reabilitação oral do que os homens. Concluíram que 50% da utilização dos serviços consistiu primeiramente de extrações no departamento de cirurgia.

Powell & McEniery,⁷⁹ em 1988, investigaram a saúde bucal e as necessidades de tratamento em 1504 adultos, na Austrália, com 15 anos ou mais. Realizaram exames clínicos para obter informações da presença de alterações na mucosa oral, condições dentais, necessidades de tratamento, presença de próteses fixas e totais e condição periodontal. Foram encontrados na amostra 16,9% de desdentados, sendo o maior número de mulheres. Para os tratamentos requeridos, encontraram 0,53 superfície de restauração simples por pessoa; 0,35 de duas ou mais superfícies de restauração por pessoa e 0,12 superfície de restauração complexa; metade das pessoas dentadas não necessitavam restaurações e 31,3% da amostra requeriam restaurações simples. A porcentagem de extrações foi 4,6% com uma média de 0,08 dentes por pessoa e o maior número de extrações ocorreu nos homens. Aproximadamente 22% da amostra requeriam algum tipo de prótese, sendo que foram necessárias menos de 2% de próteses parciais fixas. Nas idades superiores a 35 anos, 31% necessitavam de algum tipo de

prótese; quanto ao tratamento periodontal, 18% não necessitavam, 67,2% requeriam raspagem e polimento dental e 3,3% de tratamento complexo, sendo que as mulheres obtiveram melhores condições periodontais que os homens.

Bader et al.,¹² em 1988, realizaram um estudo das condições periodontais de 1092 pacientes que freqüentavam regularmente 36 clínicas gerais dos condados da Carolina do Norte, Estados Unidos da América. O índice utilizado foi o CPITN (Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário). A idade dos pacientes variou de 21 a 75 anos ou mais, sendo que as piores condições foram presença de cálculo (35%) e de bolsas (4-5 mm) em 35% da amostra. A Tabela 4 mostra porcentagem das necessidades de tratamento conforme grupos de idade.

Tabela 4 - Distribuição das necessidades de tratamento segundo grupos de idade

Fonte: Bader et al.,¹² 1988.

PACIENTE	NECESSIDADES DE TRATAMENTO EM %			
	TN ₀	TN ₁	TN ₂	TN ₃
21-24	8	92	67 (2,1)	8 (0,1)
25-29	9	91	71 (2,1)	6 (0,0)
30-34	3	97	78 (2,5)	8 (0,1)
35-44	2	98	83 (2,7)	14 (0,2)
45-54	1	99	90 (3,0)	20 (0,3)

55-64	2	98	90 (2,9)	15 (0,4)
65-74	1	99	92 (3,1)	19 (0,4)
75 ou mais	5	95	90 (3,4)	20 (0,4)

TN₀ = Não necessitaram tratamento

TN₁ = Orientação de higiene bucal

TN₂ = Raspagem e polimento dental + **TN₁**

TN₃ = Tratamento complexo + **TN₂**

(Parênteses) = Número de sextantes que requeriam tratamento

Öwall & Taylor,⁶⁶ em 1989, coletaram

informações sobre a presença de dentes e de próteses parciais removíveis confeccionadas nos Estados Unidos. Foram selecionados cinco laboratórios com grande produção de próteses parciais removíveis, para obter-se maior quantidade de informações sobre a indicação, os dentes substituídos e tipo de conectores maiores utilizados. A amostra utilizada consistiu de 1374 modelos, onde observou-se que a incidência de próteses parciais removíveis superiores representou 40,65% e de inferiores 59,4%, sendo que na maxila a média de dentes foi de $8,7 \pm 2,7$ e na mandíbula $8,1 \pm 2,7$.

Entwistle & Swanson,³¹ em 1989, identificaram as necessidades de saúde bucal em 231 adultos imigrantes hispânicos, trabalhadores rurais, que participaram de uma entrevista e pesquisa epidemiológica no Colorado-EUA, em 1986. Foram utilizados os índices CPOD e CPITN, também calculando-se as necessidades de tratamento restaurador. Destes

pacientes, 64% eram do sexo masculino e 36% do feminino, ocorrendo maior predominância de indivíduos na faixa de 22 a 34 anos, correspondendo a 48% da amostra. Os resultados mostraram que 85% tinham um ou mais dentes cariados, sendo que 20% necessitavam de 1 a 5 restaurações, 34% de 6 a 10 e 8% de 10 restaurações; 43% requeriam próteses e 100% da amostra de algum tipo de tratamento periodontal. Segundo os autores,³¹ as mulheres eram mais cuidadosas com a saúde bucal que os homens.

Petersson et al.,⁷⁴ em 1989, analisaram um pelotão de 53 recrutas da Academia da Força Aérea em Halmstad, na costa oeste da Suécia, através de exame clínico, radiográfico e questionário (sobre higiene bucal, hábitos alimentares e história médico-odontológica), cuja faixa etária foi de 19 anos de idade. Os autores encontraram uma alta prevalência de cárie, expressa pelo índice CPOD (23,9) com médias de superfícies restauradas e de cáries secundárias, respectivamente, de 18,9 e 0,86 por pessoa; 44% necessitavam raspagens e polimento dental, onde 36% possuíam cálculo supragengival e 8% subgengival; observou-se que 60% dos examinados não tinham bolsas profundas e no restante não

ultrapassavam 4-5 mm, sendo desnecessário cirurgia periodontal. A necessidade de extração foi alta (67,9%), sendo que deste total todos possuíam terceiros molares inclusos ou não irrompidos, ficando as extrações limitadas a esses casos; 3,7% necessitavam de tratamento endodôntico e nenhum protético.

Almeida et al.,⁶ em 1990, analisaram a prevalência das doenças bucais e necessidades de tratamento odontológico, através de exames clínicos e questionários, no 1º Inquérito Nacional realizado em Portugal, desenvolvido na área urbana e rural englobando as cidades de Lisboa, Porto, Chavez, Castelo-Branco, Leiria e Beja, em 642 indivíduos com 6 anos de idade, 630 com 12 e 619 entre 35 a 44 anos. Tal pesquisa dividiu-se em 6 itens: prevalência de fluorose, alterações da mucosa oral, presença de anomalias dento-faciais, próteses, doença periodontal e cárie dentária. Quanto ao item prótese, no grupo de 35-44 anos encontraram um índice de 2% de desdentados totais, sendo que 30,2% necessitavam de novas próteses parciais ou totais. Através do índice CPITN, observaram que 94% dos adultos necessitavam de instrução de higiene bucal, 94% de raspagem e polimento dental, 8% de

cirurgia periodontal, chamando a atenção para a região de Castelo-Branco, onde 17% necessitavam tratamento periodontal cirúrgico em 4,1 sextantes, em média. Quanto à cárie, na faixa etária de 35-44 anos, encontraram 0,8 dentes por pessoa com necessidade de extração, 1,9 dentes por pessoa, em média, requeria algum tipo de restauração, sendo que 21,1% dos dentes, em média, não necessitavam tratamento em 88% da amostra. Segundo os autores,⁶ apesar da carência de higiene bucal o nível de doenças periodontais foi baixo; constataram uma menor prevalência de cárie na camada sócio-econômica mais favorecida, em consequência do melhor nível cultural em relação à saúde bucal.

Zimmerman et al.,⁹⁹ em 1990, estudaram as necessidades de tratamento em dois grupos refugiados na Suécia nos anos 80, constituídos por 193 chilenos (94 homens e 99 mulheres) e 92 poloneses (43 homens e 49 mulheres), examinados no Departamento de Diagnóstico Bucal da Universidade de Estocolmo. A média de idade dos chilenos foi de $34,0 \pm 11,2$ e dos poloneses $34,8 \pm 10,2$ anos. Em relação aos chilenos, observaram as seguintes necessidades: 97,9% algum tipo de restauração; 49,2% tratamento endodôntico;

4,7% extração; 35,3% prótese parcial removível; 4,6% prótese total + parcial removível; 0,5% prótese total dupla; 3,6% coroas; 41,5% prótese parcial fixa; 99,5% instrução de higiene bucal; 61,6% raspagem e polimento dental; 36,3% cirurgia periodontal. Quanto aos poloneses apresentaram as seguintes necessidades: 96,7% algum tipo de restauração; 69,6% tratamento endodôntico; 10,9% extração; 36,9% prótese parcial removível; 4,3% prótese total + parcial removível; 10% coroas; 44,6% prótese parcial fixa; 100% instrução de higiene bucal; 53,3% raspagem e polimento dental; 32,6% cirurgia periodontal. Os autores⁹⁹ concluíram que ambos os grupos eram de alto risco.

Pruskin et al.,⁸⁰ em 1990, analisaram 265 fichas de pacientes que realizaram tratamentos endodônticos de 1967 a 1988, no Serviço de Extensão Docente em Endodontia da Escola de Pós-Graduação da Associação Odontológica Argentina, determinando variáveis tais como: tipo de tratamento, dentes afetados, sexo e idade. Em relação ao sexo, 63,75% eram do feminino e 36,91% do masculino, sendo que 27,81% das mulheres estavam na faixa de 21-30 anos e 28,12% dos homens de 51-60 anos, conforme mostram os Gráficos 2 e 3,

respectivamente.

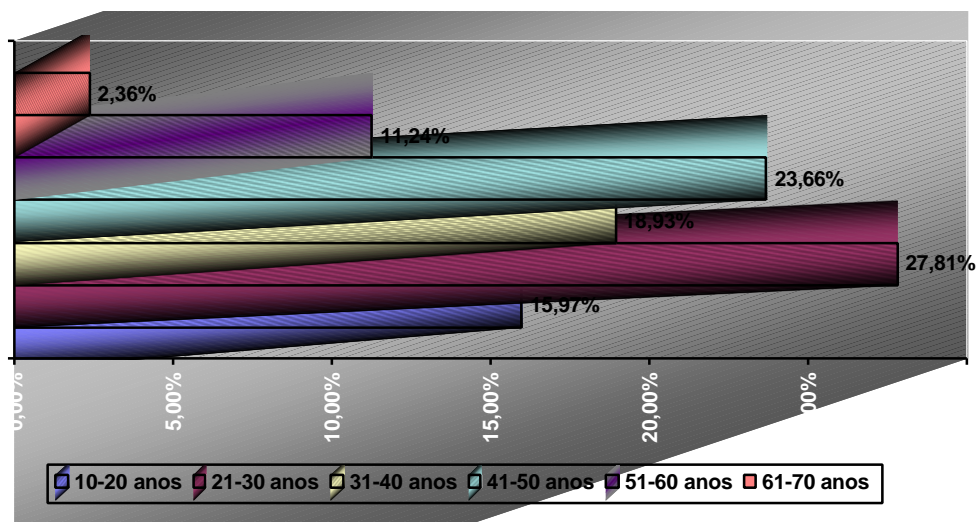


GRÁFICO 2 - Tratamentos endodônticos realizados nas mulheres por idade.

Fonte: Pruskin et al.,⁸⁰ 1990.

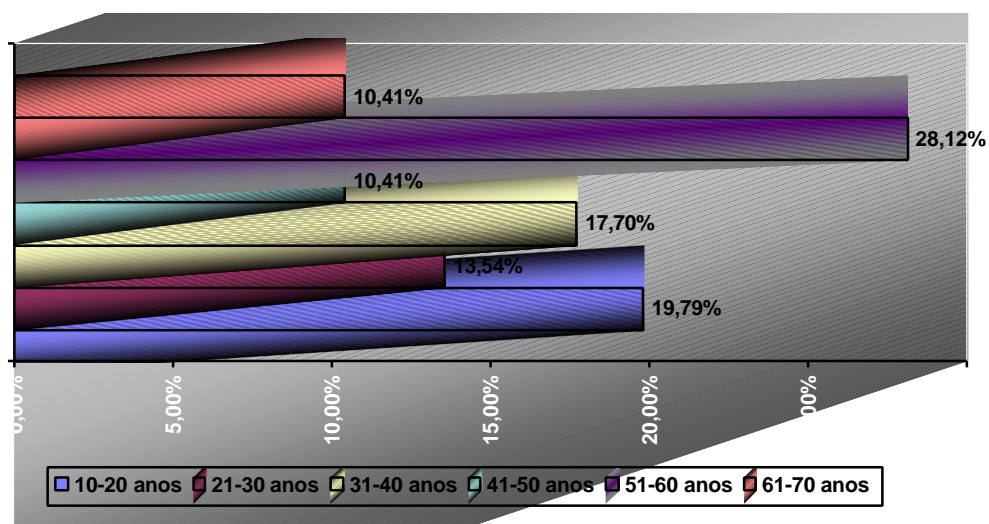


GRÁFICO 3 - Tratamentos endodônticos realizados nos homens por idade.

Fonte: Pruskin et al.,⁸⁰ 1990.

Quanto aos tratamentos endodônticos, os autores⁸⁰ observaram que foram realizadas mais biopulpectomias, sendo o 1º molar superior direito o dente mais afetado.

Broughton & Smales,²² em 1991, examinaram 301 pacientes na Unidade de Cuidados Primários do Hospital Dental de Adelaide do Serviço Dental Sul - Australiano (SADS), sendo esses de classe social baixa; 170 (56,48%) eram mulheres e 131 (43,52%) homens; 16,5% tinham menos de 25 anos, 26,5% entre 25-44 e 57% 45 anos ou mais. Os autores²² dividiram os pacientes de acordo com sua queixa principal em: checkup (retorno) e serviços de prevenção ou tratamento de algum problema. Conforme o motivo apresentado, foram avaliadas suas reais necessidades de tratamento, obtendo-se: 15% prótese total dupla; 24% prótese total superior e 14,6% inferior; 13,3% prótese parcial removível superior e 7,6% inferior; 4,3% prótese parcial fixa superior e 2% inferior; 21% cirurgia periodontal e 69% raspagem e polimento dental; 56,1% restauração. Os autores²² chamaram a atenção para o alto número de pacientes que requeriam substituição de próteses, concluindo que: a avaliação depende de uma interação dentista-paciente e, todos

os pacientes desse estudo tinham queixa em relação a pelo menos uma de suas próteses.

Pollick et al.⁷⁸ realizaram um estudo em 1991, em crianças mexicanas-americanas de 1 a 17 anos, no sudoeste dos Estados Unidos em 1982-83, onde estimaram o custo e as necessidades de tratamento restaurador pelo Índice de Exame de Saúde e Nutrição Hispânicos (HHANES). Dessas crianças, 1100 tinham idades de 1-5 anos, 1240 de 6-11 e 1069 entre 12 e 17. Os autores⁷⁸ observaram que, das crianças de 15, 16 e 17 anos, respectivamente, 46%, 52% e 45% não necessitavam de tratamento. Para aquelas de 5 a 17 anos encontraram as seguintes necessidades: 74,3% restaurações; 4,4% extrações; 2,9% próteses (reposição dentária); 10% coroas; 4,4% tratamento endodôntico. Os valores para as idades de 15 a 17 anos podem ser vistos no Gráfico 4.

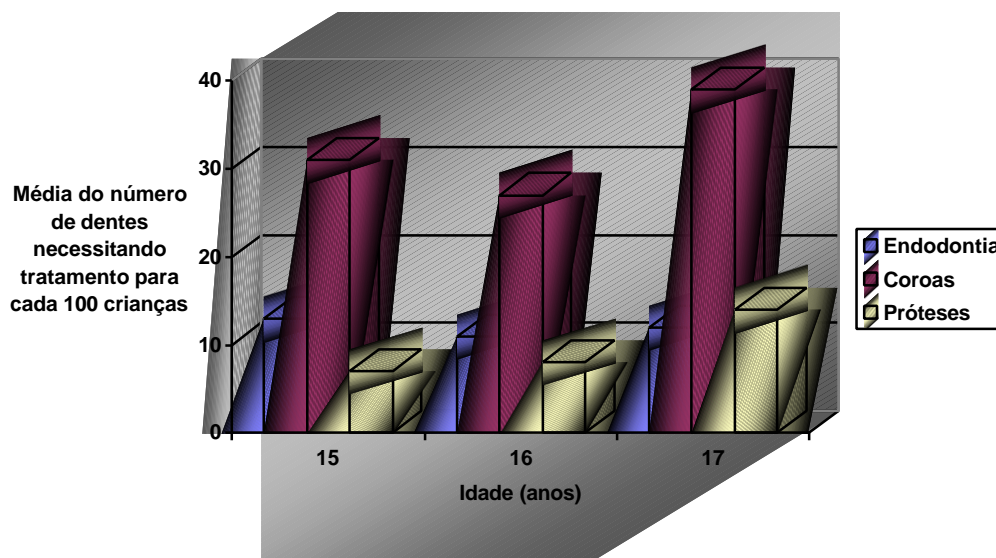


GRÁFICO 4 - Necessidades de tratamento (Endodontia, Coroas, Próteses) segundo as idades.

Fonte: *Pollick et al.*,⁷⁸ 1991.

Mattin & Smith,⁵⁰ em 1991, realizaram uma investigação social e odontológica em asiáticos de 55 anos ou mais, residentes em Southampton, Inglaterra. Abordaram os seguintes itens: nível de saúde bucal, necessidades de tratamento e fatores afetando a utilização de serviços odontológicos. A amostra foi constituída por 195 indivíduos, sendo aproximadamente 50% para cada sexo e de faixa etária entre 55 a 87 anos de idade. Foram encontrados 30,3% de desdentados totais. Os dentados corresponderam a 69,7%, sendo que destes, 28,7% necessitavam extração, 69,1% tratamento periodontal e 39% restaurações.

Petersen,⁷³ em 1992, apresentou uma perspectiva da situação da saúde bucal na Dinamarca, com considerações sobre a eficiência dos serviços de cuidados com a saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos. No que diz respeito aos adultos, tal sistema de monitoramento e avaliação da saúde bucal não havia sido estabelecido, quando comparado às crianças e adolescentes. O autor⁷³ observou que 17% dos adultos (de 16 anos ou mais) eram desdentados, onde o índice CPOD foi de 21,3, verificando que as necessidades de restaurações foram altas entre os indivíduos com consultas irregulares (em média, 7 dentes requeriam restaurações por pessoa) ou não consultavam o dentista (em média, 9 dentes requeriam restaurações por pessoa) em comparação aos que realizaram consultas regulares (em média, 4 dentes necessitavam restauração por pessoa). O Gráfico 5 mostra tais resultados.

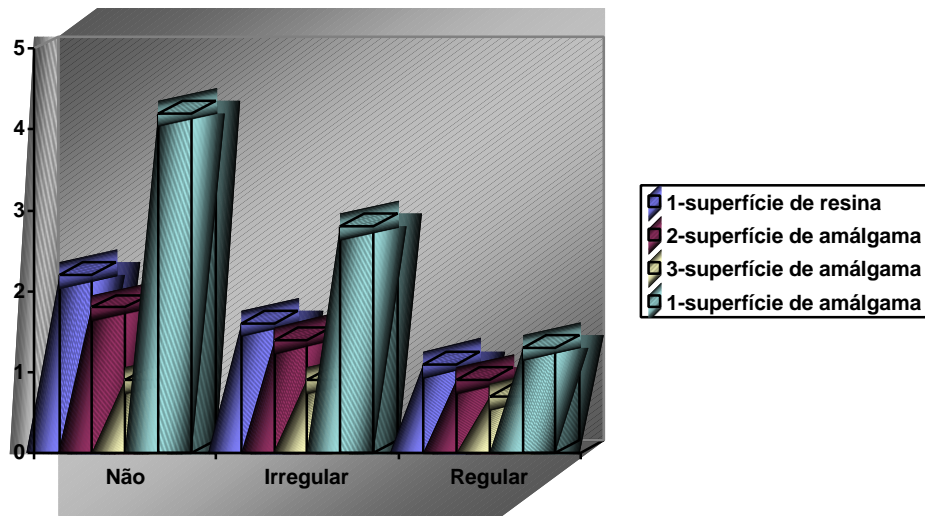


GRÁFICO 5 - Distribuição dos tratamentos (amálgama e resina) segundo os indivíduos que não consultavam, que consultavam irregularmente e que consultavam regularmente o dentista. *Petersen*,⁷³ 1992.

*Petersen*⁷³ observou ainda que: 80% dos dentes (4,8 sextantes) dos adultos que não consultavam o dentista regularmente, necessitavam de tratamento periodontal; 60% dos dentes (3,6 sextantes) dos adultos que às vezes realizavam consultas, requeriam tratamento periodontal e 40% dos dentes (2,4 sextantes) dos adultos que consultavam o dentista regularmente, necessitavam de tratamento periodontal. Tais resultados são mostrados pelo Gráfico 6.

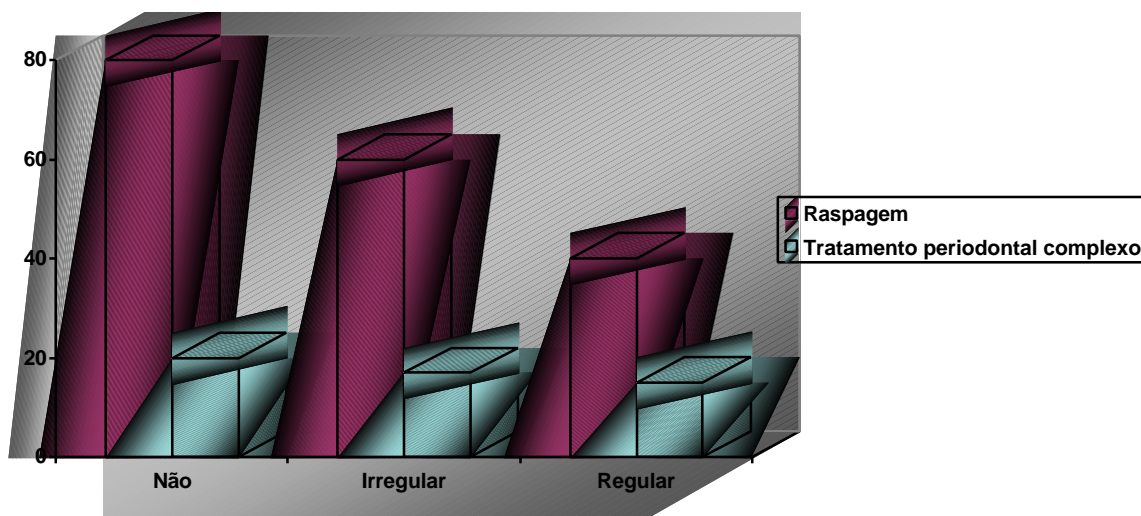


GRÁFICO 6 - Distribuição dos tratamentos (raspagem e tratamento complexo) segundo os indivíduos que não consultavam, que consultavam irregularmente e que consultavam regularmente o dentista. *Petersen,*⁷³ 1992.

O autor⁷³ conclui que 70% da população adulta utilizou os serviços públicos de saúde e consultórios particulares e que as condições bucais daqueles que utilizaram tais serviços regularmente foram positivas.

Mosha et al.,⁶⁰ em 1994, conduziram um estudo em duas regiões da Tanzânia para determinar o nível de higiene bucal e necessidades de tratamento em 6035 pessoas, divididas em 5 grupos por idade (5-6 anos; 12 anos; 18 anos, 35-44 anos e 55 anos ou mais). Examinaram cáries, doença periodontal (CPITN), maloclusão, fluorose dental e necessidades de

tratamento de acordo com a OMS. A Tabela 5 mostra os resultados da população adulta nas duas regiões, para as necessidades de tratamento.

Tabela 5 - Distribuição das necessidades de tratamento em porcentagem nas regiões de Mbeya e Tanga (Tanzânia) segundo as idades.

Fonte: Mosha et al.,⁶⁰ 1994.

REGIÃO	IDADE	NECESSIDADE DE TRATAMENTO			
		1 Superfície Restauração	2 Superfícies Restauração	Extração	Outros Cuidados
Mbeya	18 anos	17,5%	0,7%	9,7%	0,1%
	35-44 anos	12,4%	1,1%	23,4%	0,8%
	55 ou mais	55,6	1,9%	33,6%	2,0%
Tanga	18 anos	27,3%	3,8%	18,6%	3,0%
	35-44 anos	26,6%	2,2%	43,5%	4,3%
	55 ou mais	14,4%	1,5%	53,3%	2,9%

Albertini et al.,³ em 1997, avaliaram a prevalência e distribuição de diversos materiais restauradores dentários em veteranos da força aérea americana. Foram realizados 1166 exames clínicos, onde os materiais foram divididos em cinco categorias: (1) amálgama; (2) resina; (3) porcelana, material provisório, ionômero de vidro; (4) ligas de ouro ou restaurações diretas em ouro e (5) outros metais. A amostra tinha idade média de 52,9 anos e foram analisados além dos materiais

restauradores presentes em todas as superfícies coronárias as cáries presentes e a reposição de dentes através de próteses fixas, parciais removíveis, ou próteses totais. Os resultados do trabalho mostraram que a proporção de edêntulos aumentou com a idade (média de 56,8 anos) sendo que os dentados (média de 52,7 anos) possuíam 25 dentes em média por pessoa. Aproximadamente 75% dos participantes possuíam seus primeiros e segundos molares sendo que os mesmos possuíam um grande número de restaurações em ambos os arcos correspondendo a 37,67% das superfícies restauradas em média e 8,13 de dentes repostos em média. Quanto aos materiais restauradores; o amálgama foi o mais prevalente em 19,89 superfícies por participante seguido pela resina composta com 8,99 das superfícies restauradas e porcelana/material provisório/ionômero de vidro em 9,38 superfícies por pessoa; outros metais e ouro foram encontrados respectivamente em 5,52 e 4,91 superfícies. Os autores,³ concluem que os dados não podem ser extrapolados para população em geral pois o estudo foi realizado apenas em homens, sendo esta uma população restrita (militares), e os mesmos recebem tratamento diferenciado da população em geral, pois estão sendo

freqüentemente examinados e tratados e recebem os serviços odontológicos sem custos.

Gamonal, Lopez, Aranda,³⁶ em 1998, efetuaram um estudo epidemiológico na população chilena de 35-44 anos e 65-74 anos usando o índice CPITN. Foram analisados 1150 indivíduos, onde encontraram que 90,89% da amostra de 35 a 44 anos e 100% dos indivíduos de 65 a 74 anos apresentavam códigos 3 ou 4. Os autores³⁶ ainda citam que a prevalência de doença periodontal foi levemente menor nas mulheres, mas no geral 92,19% da amostra apresentou doença; e os homens possuíam maior número de bolsas com 6 mm ou mais em um maior número de sextantes. O nível sócio-econômico influenciou na saúde periodontal, ficando indivíduos com nível sócio-econômico alto com 56,44% de código 3 + 4, e que 98% e 100% dos indivíduos com nível médio e baixo respectivamente, apresentaram o código 3 + 4. Além destes fatores encontrou-se uma correlação entre nível educacional, problemas periodontais e perda de dentes onde apenas os indivíduos com nível universitário apresentaram uma prevalência de doença periodontal menor. Os autores³⁶ mostraram que 77% dos dentes perdidos foram por cárie e 22% por problemas periodontais e

concluíram que 100% da população chilena requeria instruções de higiene oral e raspagem e 45,70% necessitaram de tratamento periodontal complexo.

Gasparini & Burlli,³⁸ em 1998, avaliaram as condições periodontais e necessidades de tratamento em 532 indivíduos maiores de 14 anos e residentes em Corrientes, Argentina. Utilizaram o CPITN encontrando uma alta prevalência de sextantes edêntulos ou com menos de dois dentes funcionais, onde em média 1,3 sextantes, foram afetados ao redor dos 50 anos de idade. Não encontraram indivíduos periodontalmente saudáveis na amostra e 40% apresentaram problemas periodontais severos com bolsas periodontais profundas (≥ 6 mm) no grupo etário de 35 a 44 anos. 100% dos examinados requeriam instrução de higiene oral e mais de 85% necessitavam de tratamento profissional (raspagem e polimento dental). As pessoas com menores recursos e nível educacional menor requeriam maior atenção aos programas de saúde oral.

Roman & Pop,⁸⁵ em 1998, avaliaram a prevalência de doença periodontal e as necessidades de tratamento de uma população de trabalhadores em Cluj-Napoca, Romênia. Através do índice CPITN foram examinados 214 adultos onde

encontraram que apenas 9,34% dos examinados não apresentavam doença periodontal (código 0), 21,49% apresentavam algum sangramento a sondagem (código 1), 18,69% apresentavam cálculo supra ou subgingival (código 2); 32,71% apresentavam bolsas patológicas de 4-5 mm de profundidade (código 3) e 17,76% possuía bolsas de 6 mm ou mais de profundidade (código 4). A distribuição desta população entre as categorias de necessidade de tratamento revelam que 30,83% requeriam instruções de higiene oral (IHO), 51,40% requeriam IHO + raspagem e polimento dental e 17,76% requeriam o tratamento anterior + complementação cirúrgica.

Pruskin et al.,⁸¹ em 1999, analisaram os dados de 299 tratamentos em pacientes que foram atendidos na Clínica Assistencial de Capacitação em Endodontia da Associação Odontológica Argentina durante os anos de 1995, 1996 e 1997. Foram considerados os seguintes aspectos: quantidade e tipo de tratamento realizado (conservador, vital, não vital e retratamento) determinar por quadrante e grupo dentário qual é o dente que demanda maior atenção odontológica; precisar as causas primárias do fracasso do tratamento anterior, determinar a idade e sexo. Os autores,⁸¹ encontraram que dos 299

tratamentos 25,42% correspondiam a biopulpectomias, 24,75% de necropulpectomias e 38,13% de retratamentos, a arcada superior foi a mais afetada correspondendo a 66,68% onde o dente mais afetado foi o 1^o molar com 30%, sendo os molares em geral os dentes mais afetados em 50% dos casos. Quanto ao retratamento, 49,12% correspondiam a uma obturação radicular deficiente, 9,65% por infiltração coronária e 41,23% associação entre ambas. O atendimento às mulheres foi predominante com 61,5% sendo a idade que mais procurou atendimento foi entre 31 e 50 anos.

3. Estudos das necessidades em população brasileira

Vertuan,⁹⁵ em 1979, estudando as condições de cárie, doença periodontal, higiene bucal e próteses, em adultos de ambos os sexos de diferentes classes sociais de Araraquara, encontrou uma alta prevalência de alterações periodontais. Embora não severa, atingiu 99,76% da amostra, sendo que esta requeria instrução de higiene bucal, não variando para ambos os sexos. A média de idade dos adultos examinados foi de 38,4

anos, observando-se que houve um aumento do comprometimento periodontal conforme idade, assim como do índice de cárie, sendo que o sexo feminino foi o que apresentou a média mais alta. O autor⁹⁵ também encontrou uma grande concentração de serviços necessários nas classes sociais mais baixas, onde o sexo masculino apresentou maiores necessidades de tratamento e, no geral, 60,87% necessitavam restaurações e extrações.

Motta & Albuquerque,⁶¹ em 1983, realizaram um levantamento das lesões da cavidade bucal para o planejamento e avaliação do programa de trabalho em uma indústria mecânica (empresa de médio porte) com 1350 funcionários. Foram examinados 1257 indivíduos, ou seja, 93,1% da amostra, encontrando uma alta quantidade que requeria restaurações, correspondendo a 94% dos examinados, tendo cada funcionário uma média de 5,72 cáries. Destes, 43,4% apresentaram doença periodontal; 32,7% necessitavam de extração, representando 0,87 dente por funcionário; 12,5% dos examinados necessitavam de algum tipo de prótese.

A Revista Naval de Odontologia⁹ publicou em 1985, um demonstrativo dos atendimentos realizados no

primeiro semestre de 1984 e de 1985 na Odontoclínica Central da Marinha (O.C.M.), como pode ser visto na Tabela 6, com destaque para a Dentística, Periodontia, Cirurgia, Prótese, Endodontia e Prevenção.

Tabela 6 - Atendimentos realizados na O.C.M. em números absolutos e percentuais, segundo os anos de 1984/85.

Fonte: *Revista Naval de Odontologia*,⁹ 1985.

ANOS	1984		1985	
	TOTAL	%	TOTAL	%
CLÍNICA/SERVIÇO				
Diagnóstico Bucal	22.095	22,72	21.172	22,08
Prevenção	907	0,93	5.222	5,45
Dentística	10.155	10,45	11.032	11,50
Periodontia	4.408	4,53	3.820	3,99
Cirurgia	5.325	5,48	4.330	4,51
Ortodontia	4.026	4,15	6.818	7,10
Prótese	8.015	8,25	10.855	11,32
Endodontia	8.612	8,86	7.575	7,90
Radiologia	32.286	33,20	21.913	22,85
Odontopediatria	1.396	1,43	3.163	3,30
TOTAL	97.225	100	95.900	100

É importante observar o aumento no número de atendimentos relacionados à prevenção de 1984 para 1985, em conseqüência houve uma queda no número de serviços em cirurgia e periodontia.⁹

Silva Netto,⁹³ em 1987, relatou o atendimento

odontológico voluntário no Centro Comunitário da Igreja Metodista de Vila Virgínia, prestado por alunos do 7^o e 8^o períodos do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. Apresentou dados relativos a cinco anos (1980-84), verificando maior número de pacientes do sexo feminino (63%) do que para o masculino (37%). Dentre os tratamentos realizados nesse período (num total de 1747) destacaram-se: 383 procedimentos endodônticos de urgência (pulpotomia e proteção pulpar), representando 21,9% do total; 672 restaurações em amálgama (38,46%), 119 restaurações estéticas (6,8%), 70 profilaxias (4%). Apesar do atendimento limitado ao período noturno, o centro tem beneficiado a população do bairro Vila Virgínia.

A Revista Naval de Odontologia¹⁰ publicou em 1988, um demonstrativo dos atendimentos realizados no primeiro semestre de 1986, 1987 e 1988, na Odontoclínica Central da Marinha (O.C.M.), conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Atendimentos realizados na O.C.M. em números absolutos e percentuais, segundo os anos de 1986/87/88.

Fonte: *Revista Naval de Odontologia*,¹⁰ 1988.

ANOS	1986		1987		1988	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
CLÍNICA						
Diagnóstico Bucal	24.766	22,68	22.413	23,03	16.757	19,50
Prevenção	8.017	7,34	7.209	7,41	1.908	2,41
Dentística	9.911	9,08	9.164	9,42	9.625	11,35
Periodontia	3.361	3,32	3.117	3,21	2.998	3,84
Cirurgia	3.368	3,33	3.936	4,04	3.054	3,92
Ortodontia	7.224	6,81	6.777	6,06	6.696	8,54
Prótese	13.222	12,11	10.922	11,22	10.876	11,96
Endodontia	9.496	8,69	6.937	7,13	4.930	6,32
Radiologia	25.923	23,72	22.583	23,21	21.061	26,01
Odontopediatria	3.407	3,12	4.255	4,37	4.733	6,07
URGÊNCIA						6.457

Moreira & Oliveira,⁵⁷ em 1988, avaliaram os resultados de um Programa Integrado de Educação e Saúde Escolar (PIESE), executado por estudantes do 7^o e 8^o semestres do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, em 1985 e 1986. O trabalho envolveu número de alunos, dias trabalhados, tempo total planejado, tempo gasto nas várias atividades do PIESE e produção. Os resultados mostraram que, por tratamento completo: o número médio de restaurações de dentes permanentes foi de 5,1 por paciente em 1985 e 4,8 em 1986; a média de exodontias de

dentes permanentes foi de 0,1 tanto em 1985 quanto em 1986. Os autores⁵⁷ ressaltaram que o pequeno número de exodontias refletiu a ênfase dada ao tratamento conservador do programa e consideraram os estágios extramurais experiências altamente válidas tanto para os alunos como para a comunidade.

Medeiros & Carvalho,⁵³ em 1990, realizando um estudo sobre as condições de higiene bucal e prevalência de doença periodontal em uma amostra populacional do Rio de Janeiro, constituída por 500 indivíduos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do masculino, com faixa etária de 16 a 20 anos. Encontraram uma prevalência de doença periodontal inflamatória em 100% da amostra, não tendo variações entre os sexos, sendo a condição de higiene bucal considerada insatisfatória com altos níveis de indutos e cálculos. Os autores⁵³ encontraram melhoras satisfatórias nos resultados após a execução de um programa educativo e operacional nos grupos estudados.

Falcão & De Moraes,³² em 1992, realizaram um levantamento epidemiológico da saúde bucal de policiais militares no 9º BPM em Salvador, Bahia, no qual fizeram um diagnóstico da situação, determinando as condições de saúde

bucal assim como as necessidades de tratamento. Foram examinados 152 policiais, obtendo-se como resultados as seguintes necessidades: 79% instrução de higiene bucal; 28% raspagem e polimento dental; 3% tratamento periodontal complexo; 66% tratamento endodôntico; 29% restauração; 5% extração indicada; 86% prótese parcial removível inferior e 78% superior; 1% prótese total inferior e 4% superior; 35% prótese unitária.

Silva,⁸⁸ em 1993, traçou um perfil da saúde bucal no estado do Acre, baseado em levantamento epidemiológico realizado durante o primeiro semestre de 1992 na cidade de Rio Branco, em 233 pacientes com idades de 3 a 60 anos. Os resultados obtidos foram: dos 145 pacientes acima de 12 anos observou-se que 45% necessitavam de extração, requerendo 1,37 prótese dentária por pessoa. O autor⁸⁸ concluiu que a política odontológica adotada no Acre não satisfaz as necessidades da população.

Marra et al.,⁴⁹ em 1995, levantaram o número e faixa etária dos pacientes de ambos os sexos, que procuraram por atenção odontológica no Pronto Socorro Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia nos anos de 1988 e 1989,

num total de 37186 fichas examinadas. Os resultados mostraram que: quanto à procura, não houve diferença entre os sexos, sendo que o grupo de 15 a 25 anos foi o que mais procurou por atendimento, correspondendo a 32,43% em 1988 e 31,42% em 1989; ocorreu maior perda de dentes no sexo masculino, ficando o feminino com maior número de pulpectomias.

Outros trabalhos tais como os de Gubeissi Filho et al.⁴¹ (1995) e Guimarães & Marcos⁴² (1995), onde foram avaliadas as indicações de exodontias relacionadas à classe social. Os resultados indicaram que a cárie foi a principal causa de extração, seguida pela doença periodontal, na classe baixa; o maior número de pessoas atendidas para tais procedimentos foi do sexo feminino e a faixa etária predominante situou-se entre 20 e 30 anos.

Silva,⁹² em 1997, descreveu o estado de saúde bucal dos índios habitantes das selvas da Amazônia, no estado do Acre, onde foram examinados 1080 indivíduos, correspondendo a 71,52% do universo total (1510), entre os anos de 1986 a 1989. O autor⁹² também analisou o tipo de alimentação, plantas mais usadas no combate aos problemas bucais, os índices de cárie e de higiene bucal. Dentre outros

fatores, destacou-se o alto número de índios com doença periodontal (758), ou seja, 70,2% e com cárie (412), correspondendo a 38,1%. Apesar disso, o índice de cárie aos doze anos é baixo, porém sua higiene bucal é deficiente. Segundo o autor,⁹² as maiores necessidades odontológicas dos índios não são as exodontias, mas sim um programa de constante higienização bucal e de restaurações.

Moura, Eugênio, Silva,⁶² em 1998, fizeram um levantamento sobre as causas determinantes de exodontias na clínica cirúrgica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí, no período de 1994 a 1997. De um total de 1029 pacientes, onde foram extraídos 1749 dentes, encontraram as seguintes causas: cárie (79,49%); dentes retidos (7,36%); periodontopatias (6,49%); indicação ortodôntica (2,53%) dentes supranumerários (1,78%); razões estéticas (0,12%) e outras causas (0,69%). A maior porcentagem de exodontias ocorreu na faixa de 21 a 25 anos com 21,67% e a principal causa de exodontias foi a cárie, exceto na faixa etária de 66 a 70 anos onde a doença periodontal foi a principal causa de extração (55%). Os autores⁶² ainda chamam a atenção para o fato de que a cárie, embora tenha sido a maior causa de

exodontias, não é indicação para tal procedimento em alguns casos, mas sim o tratamento restaurador adequado, o qual não está disponível para população carente que procura os serviços públicos da Universidade.

Assaf et al.,⁷ em 2000, buscaram investigar a presença de cárie coronária e radicular e sua relação com a condição periodontal. Foram examinadas 125 pessoas, de ambos os sexos, residentes no município de Piracicaba-SP, em 1998, distribuídos na faixa etária de 50 anos ou mais. Foram encontrados CPOD médio de 23,5% sendo que aumentou com a idade; 38,4% da amostra apresentaram cárie coronária, 66,7% cárie coronária e radicular; 47,9% cárie coronária e perda de inserção e 33,3% apresentaram as 3 condições. Os autores,⁷ concluem que apesar da literatura relatar maior prevalência da doença periodontal em indivíduos desta faixa etária, em detrimento a doença cárie, os resultados deste trabalho levam a conclusão de que são necessários maiores esforços para o controle de ambas as doenças.

Já Azambuja & Bercini,¹¹ em 2000, buscaram verificar quais as indicações de exodontia em nossa prática odontológica e verificar quantos dentes são extraídos por razões

particulares do paciente e que poderiam ser mantidos por tratamento odontológico conservador através de um estudo de dados de 3164 exodontias realizadas no ambulatório de exodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os autores¹¹ encontraram que 2989 dentes não poderiam ser mantidos e 75 tiveram como indicação razões econômicas; 52 dentes poderiam ser mantidos por dentística restauradora, prótese (123 dentes) associados com endodontia (149 dentes); sendo a cárie a principal causa de exodontia de 1900 dentes (60,36%) e a doença periodontal de 412 dentes (10,67%). Os autores¹¹ concluem que 94,47% dos dentes extraídos não seriam passíveis de manutenção e 5,53% poderiam ser mantidos através de tratamentos conservadores.

Proposição

Proposição

Objetivo geral

- Determinar a efetividade da disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara com relação a execução integral das necessidades odontológicas evidenciadas nos planejamentos.

Objetivos específicos

- Caracterizar a população que constitui a demanda quanto ao ano de ingresso no sistema, idade e sexo.
- Identificar as necessidades odontológicas dos pacientes através da avaliação dos planejamentos executados
- Identificar os tratamentos realizados nos pacientes através da avaliação das fichas de trabalho executado.

Material e método

Material e Método

1. População de estudo

Em se tratando de um levantamento, foram analisados os prontuários gerais dos indivíduos atendidos na Clínica Integrada da FOAr- UNESP nos anos de 1999 e 2000 independentes do sexo sendo a idade tomada em anos completos, na faixa etária de 15 a 65 anos ou mais totalizando 176 pacientes, os quais foram divididos em grupos etários, conforme recomendados pela Organização Mundial de Saúde^{1,56} para estudos desta natureza; 15-19 anos; 20-24 anos; 25-29 anos; 30-34 anos; 35-44 anos; 55-64 anos e 65 ou mais anos.

2. Critérios adotados para análise e registro de trabalhos

Nos Prontuários Gerais foram analisados os planejamentos realizados pelas duplas de alunos, principalmente através do odontograma para plano de tratamento e seqüência dos trabalhos a serem realizados e confrontados os

dados com o odontograma para tratamento realizado e seqüência de trabalhos executados conforme exemplificados nos anexos 1 e anexos 6.

É válido ressaltar como procede-se a seqüência de atendimentos aos pacientes desde o exame clínico inicial; planejamento até o tratamento realizado, bem como, o modo de condução destas etapas com o intuito de demonstrar que a mesma não é feita de maneira aleatória pois segue normas e orientações dos docentes da disciplina de Clínica Integrada da FOAr- UNESP.

3. Etapas Normativas

3.1 Aulas e orientações aos alunos, prévias ao início do tratamento

Antes do contato inicial paciente/aluno a disciplina ministra as aulas teóricas com objetivo de introduzir a filosofia de trabalho a ser seguida e facilitar o conhecimento e compreensão do sistema de funcionamento da Clínica Integrada, juntamente com a disciplina de Orientação Profissional, onde os alunos recebem orientações em aulas práticas sobre postura, componentes do equipamento odontológico, bem como dos cuidados com a limpeza e conservação do mesmo e além disso, recebem instruções quanto ao reconhecimento de todos os impressos e orientações sobre o preenchimento das fichas a serem utilizadas durante todo o tratamento.

Assim, esta etapa tem como objetivo a padronização e ordenamento das anotações diárias dos tratamentos, resultando numa documentação dos casos clínicos dentro de um padrão aceitável que permita, sempre que necessário, verificações e levantamentos sem maiores dificuldades.

3.2 Atendimento aos pacientes

A) Exame clínico

Após a divisão da turma de alunos em grupos e definidos os respectivos docentes responsáveis, cada dupla de alunos realiza o exame clínico em seu paciente já selecionado pelo docente e agendado pela funcionária responsável pela recepção, que coloca em cada mesa de trabalho o prontuário do respectivo paciente, contendo além dos impressos e fichas a serem preenchidos, radiografia panorâmica inicial (caso o mesmo já possua), impressos e fichas da triagem social, as quais contem dados pessoais , familiares ,bem como, a classificação sócio-econômica do mesmo.

A partir dessa sessão inicial, os trabalhos são alternados (operador e auxiliar) entre a dupla de alunos em diferentes períodos da semana. O paciente é o mesmo para ambos alunos, sendo nesta fase inicial de atividades, selecionado aqueles que não possuam problemas muito complexos (conforme exemplificado no Anexo 2), pois a execução dos trabalhos por cada dupla é crescente.

Após a organização da bandeja e mesa clínica o aluno auxiliar introduz o paciente na clínica , posicionando-o na cadeira odontológica , para o início do trabalho. Na primeira sessão determina-se o índice de placa (anotado em ficha própria – Anexo 4), sendo que o paciente recebe orientações sobre técnicas de higienização é também preenchido o odontograma de Exame Clínico Inicial (Anexo 1), com o auxiliar realizando as anotações ditadas pelo operador. Tais anotações são padronizadas (Anexo 3), sendo que os alunos tomam conhecimento das mesmas em aulas teórico-práticas prévias. São realizadas radiografias interproximais e periapicais, sendo a quantidade das mesmas determinadas conforme a necessidade do caso clínico, mediante orientação do docente responsável pela dupla.

Também são realizadas moldagens e tomada do arco facial para montagem dos modelos de estudo, visualizando-se melhor o caso clínico.

Os docentes supervisionam todas as atividades, conferindo o preenchimento dos impressos e fichas, as moldagens e as radiografias efetuadas, corrigindo ou determinando repetições quando julgarem necessárias.

O auxiliar preenche as fichas da dupla (Anexo 5), anotando o trabalho realizado e o planejamento a ser executado na sessão seguinte. Preenche também a ficha do paciente (tratamento realizado – Anexo 6) e o docente responsável rubrica estas fichas. A seguir o paciente é dispensado, passando pela recepção para marcar data e horário para a próxima sessão.

B) Planejamento e Orçamento

Nessa sessão de atendimento ao paciente os alunos organizam bandeja e mesa clínica com todo instrumental necessário e todo material coletado na sessão anterior: fichas, radiografias e modelos de estudo. As fichas, impressos e radiografias encontram-se no prontuário, previamente colocado na mesa auxiliar, pela atendente da recepção. Cada dupla traz os modelos montados em articulador semi-ajustável. De posse desse material, os alunos têm condições de preencher o odontograma para planejamento (Anexo 1), anotando todos os trabalhos a serem executados. A seguir, os docentes conferem o planejamento realizado pelos alunos, orientando-os em casos de dúvida, onde podem aprovar ou alterar o que foi planejado. Em seguida, os alunos anotam na parte lateral da ficha a seqüência dentre as prioritárias para o tratamento, objetivando treiná-los para um melhor desenvolvimento racional dos trabalhos, o que deverá conduzir a resultados finais mais seguros e corretos.

Após a execução do planejamento, todos os alunos do grupo acompanhados pelo docente responsável reúnem-se ao redor de um negatoscópio levando consigo fichas, modelos e radiografias e iniciam um seminário, onde cada dupla apresenta o seu caso clínico aos colegas, bem como, o planejamento e a seqüência de tratamento do caso clínico de seu paciente. Este procedimento tem por objetivo fazer com que todos tomem conhecimento de casos clínicos diversos e suas

várias opções resolutivas, adestrando os alunos nas mais variadas explicações e motivações que possam ser necessárias aos pacientes.

Ressalta-se que esta é uma etapa crucial do planejamento, onde várias opções de tratamento podem surgir e devem ser consideradas, sendo o paciente o “fiel da balança” que irá determinar junto com o docente e alunos qual a sua opção de interesse e aquela esteja a seu alcance financeiro principalmente com relação as próteses.

Também nesta sessão é entregue ao paciente um impresso com as normas de atendimento da Clínica Integrada, assim como, o termo de livre consentimento para a realização do tratamento (Anexo 7). Desta forma o paciente toma conhecimento e autoriza através da sua assinatura o referido tratamento a ser realizado ,procurando desta forma evitar dúvidas e problemas durante o tratamento. Vale destacar que neste impresso (Anexo 7) o paciente está ciente das possíveis complicações que possam ocorrer durante o tratamento, assim como, as possíveis alterações de planejamento que conduzirão a outra opção de tratamento.

É realizada também nova verificação do índice de placa e reforçadas as instruções referentes à técnica de escovação e higiene bucal. Nas suas Fichas (Anexo 5) os alunos anotam o trabalho executado e o planejamento para a próxima sessão, com a verificação e anuência do docente, que rubricará essas fichas, além da ficha do cliente onde é anotado o trabalho executado. (Anexo 6)

4) Experimento Definitivo

4.1) Formulário

Foi aplicado um formulário pré-codificado conforme modelo em anexo (Anexo 8) para descrição de variáveis tais como :

Perfil da população que constitui a demanda quanto:

- Ano de ingresso no sistema;
- Sexo ;
- Idade ;

Número e percentuais de pacientes com necessidades de tratamento evidenciados no planejamento e tratamento realizado, como:

- Exodontias ;
- Restaurações de amálgama ;
- Restaurações estéticas ;
- Endodontias ;
- Raspagem e polimento dental ;
- Cirurgias periodontais ;
- Próteses fixas unitárias (onlays, coroas, restaurações metálicas fundidas);
- Próteses parciais fixas (3 elementos ou mais);
- Próteses parciais removíveis ;

- Próteses totais.

4.2 Calibração para coleta de dados

Foi realizado um estudo piloto, utilizando-se 20 prontuários , com o objetivo de ajuste de critérios para análise e preenchimento dos dados.

O levantamento foi realizado por um único examinador sistematicamente durante o ano de 2001, após a calibração necessária.

4.3 Planejamento Estatístico

Foi elaborado um banco de dados utilizando o software EPIINFO versão 6.0, que permitiu a análise de dados apresentados em tabelas e gráficos.

Para se conhecer a concordância de atividades realizadas e planejadas, aplicou-se a estatística Kappa (k), e adotou-se o nível de significância de 5 % para a tomada de decisão. Onde foi proposta a seguinte classificação para o valor de kappa:

K	concordância
< 0,00	ruim
0,00+ 0,21	fraca
0,21+ 0,41	sofrível
0,41+ 0,61	regular
0,61+ 0,81	boa
0,81+ 1,00	ótima

Resultado e Discussão

Resultado e Discussão

A Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP , tem se destacado pelo vanguardismo no ensino integrado em clínica, onde podemos destacar a importância dada a fase inicial de trabalho abrangendo exame clínico detalhado, planejamento correto, aliados às técnicas racionais de execução, objetivando-se, consolidar no aluno a atitude de diagnosticar corretamente, planejar com segurança e conseqüentemente, executar os trabalhos de maneira satisfatória.

Este planejamento, é normalmente realizado pelos alunos em uma outra sessão de atendimento ao cliente, com todos os dados colhidos na etapa inicial de exame a mão; anamnese, radiografias (periapicais, interproximais e/ou panorâmica), modelos de estudo montados em articulador semi-ajustável e fichas, sendo dirimidas as dúvidas com os docentes. Isto está diretamente relacionado com a segurança sentida pelo aluno, no momento de preencher o odontograma de plano de tratamento, explicar ao cliente o que será realizado e ordenar na lateral da ficha a seqüência do trabalho a ser seguida.

Essa determinação prévia da seqüência de tratamento tem permitido uma condução mais racional do mesmo, pois os alunos sabem de antemão a ordem de etapas a serem cumpridas para atingir o objetivo proposto. Durante a realização dos tratamentos ocorrem algumas vezes, alterações do planejamento, quase sempre relacionados com detalhes técnicos difíceis de serem previstos.

Portanto, os resultados servirão para determinar o quanto este planejamento tem sido cumprido com êxito, na satisfação das necessidades dos clientes que demandam à clínica e também, as possíveis alterações no planejamento no decorrer do tratamento que podem ou não ter levado a conclusão eficaz, assim como, até a interrupção do caso.

De modo algum, queremos por em dúvida a filosofia que vem sendo adotada pela Disciplina de Clínica Integrada durante anos, com amplo sucesso, e que tem servido como modelo para outras instituições de ensino, pois concordamos com Castro²⁵ que afirma: “ O bom planejamento do caso tem como um dos seus objetivos fazer com que o profissional reduza sua margem de erros.”

Sendo assim , através da metodologia adotada, procuramos dividir os resultados em tabelas que procuram refletir : 1) a população que demandou a clínica nos anos proposto , 2) as necessidades evidenciadas nos planejamentos quanto aos tratamentos propostos, 3) distribuição dos tratamentos realizados e; 4) representação tabular e gráfica, confrontando o planejamento e realização do tratamento.

1) Caracterização da população quanto ao ano de ingresso no sistema, sexo e idade

A amostra foi constituída por 176 pacientes que demandaram atendimento Odontológico junto à Clínica Integrada do Departamento de Odontologia Social nos anos de 1999 e 2000.

Entre os 176 pacientes, 74 foram atendidos em 1999 e 102 em 2000, com percentuais do sexo masculino de 31% e de 44%, respectivamente, denotando um aumento no interesse em tratamento por eles a cada ano, isto é, um bom indicador de que há uma preocupação maior com a saúde bucal pelos homens em relação aos anos anteriores se comparado aos resultados obtidos entre 1993 e 1996 por Muñoz Chávez⁶³, onde apenas 25,5% dos homens procuraram atendimento. Mesmo com este aumento na demanda masculina, as mulheres continuam sendo as que mais procuram por atendimento, e isto, corrobora com os achados de vários outros estudos.^{1,2,4,22,26,29,48,58,81,82,93}

Este resultado pode ser atribuído à maior importância que a mulher dá a estética², ao comportamento mais preventivo e voltado para reabilitação oral⁸², pela facilidade de horários no atendimento, pois a maioria não está vinculada a tipos de trabalho com horários rígidos² ou pela maior quantidade de mulheres nos grupos etários estudados segundo o censo populacional.⁴

Quanto à faixa etária a tabela 1 mostra sua distribuição:

Tabela 1. Distribuição de frequências em número (n) e em porcentagem (%) segundo faixa etária dos pacientes e ano de atendimento. FOAr, UNESP, 2001.

Faixa etária	1999		2000		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 a 24	6	8,1	10	9,8	16	9,1
25 a 34	12	16,2	23	22,5	35	19,9
35 a 44	18	24,3	22	21,6	40	22,7
45 a 54	16	21,6	18	17,6	34	19,3
55 a 64	17	23,0	18	17,6	35	19,9
65 e +	5	6,8	5	4,9	10	5,7
Ignorada	–	0,0	6	5,9	6	3,4
Total	74	100,0	102	99,9	176	100,0

A tabela 1 mostra que, para 1999, a maior procura pelo atendimento se verificou na faixa de 35 a 44 anos, e para 2000, foi para a faixa de 25 a 34 anos, sendo menos solicitado por pacientes maiores de 64 anos, independente do sexo. Enquanto que em 1999, as idades dos pacientes estivessem registradas, não ocorreu o mesmo para 2000 para 5,9% dos 102 pacientes. A figura 1 permite visualizar a distribuição etária dos pacientes:

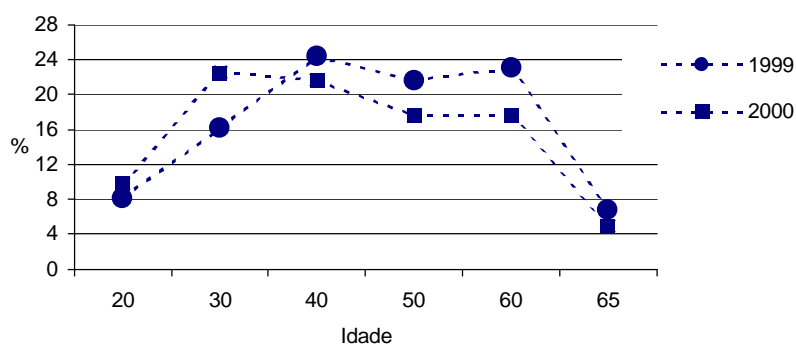


Figura 1. Distribuição percentual dos pacientes atendidos na Clínica Integrada. FOAr, UNESP, 2001.

Nossos resultados se assemelham aos encontrados por Muñoz Chávez⁶³, em 1998 que indicam uma distribuição praticamente uniforme dos pacientes nas faixas etárias de 24 a 64 anos, indicando que o perfil adequado para o paciente de Clínica Integrada encontra-se nestas faixas etárias com predominância para o grupo entre 35 a 44 anos com 22,7% do total.

Com a finalidade de se analisar as etapas de planejamento e de realização dos tratamentos, bem como, compará-las entre si, procedeu-se à análise, em separado:

2) PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO

Quando foi feito o planejamento, em relação à necessidade de exodontia, observou-se conforme a tabela 2 :

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes indicados para exodontia e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	3	-	3
1	33	28	61
2 a 5	14	13	27
6 a 10	16	16	32
11 a 20	2	2	4
Ignorado	6	43	49
Total	74	102	176

Pela tabela 2, observa-se que 4,41% dos pacientes não tinham necessidade de extração em 1999. Para a amostra total, 27,8% não permitiram a obtenção de dados sobre a variável em estudo, sendo que, em relação a 2000, este valor foi de 42,2%. Este fato chega a ser preocupante, pois as informações deveriam estar anotadas no prontuário de forma a permitir uma avaliação mais completa para se elaborar um programa de atendimento fiel às necessidades sentidas. Este problema é encontrado na maioria dos estudos epidemiológicos utilizando prontuário, onde Muñoz Chávez⁶³, em 1998 encontrou 5% de prontuários ignorados. Neste presente estudo a porcentagem foi bem maior, chegando a 42,2% de informações não obtidas para o item extração no ano 2000. Este fato se refletirá nos outros tipos de necessidades com variações de porcentagem sendo que, Pereira⁷¹, afirma que: “A fidedignidade do dado anotado é um problema constante. O prontuário é preenchido por pessoas diferentes que utilizam parâmetros próprios. Frequentemente, os clínicos se frustram quando tentam analisar uma série

retrospectiva de pacientes portadores de uma determinada doença pois, o prontuário nem sempre apresenta anotações aproveitáveis e, às vezes, sequer é encontrado. Há omissão de aspectos que só vêm a ser lembrados por ocasião do levantamento”.

Pôde-se observar que apenas 2,3% dos pacientes que procuraram a Disciplina de Clínica Integrada não necessitaram de extração sendo este valor muito maior ao encontrado no estudo anterior⁶³ ou seja 70,7% .

Por outro lado 97,6% dos pacientes necessitaram de extração, fato este que não guarda similaridade com alguns estudos.^{4,6,44,50,61,63} A maior quantidade de dentes planejados para extração, 48% estava situada no Grupo onde apenas 1 dente estava indicado para extração, seguido pelo grupo de pacientes em que estavam indicados 6 a 10 dentes para extração o que representou 25,2% e pelo grupo que apresentava 2 a 5 dentes a serem extraídos (21,2%).

Quanto ao planejamento de restauração de amálgama, observa-se na tabela 3:

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes planejados para restauração de amálgama e ano. FOAr, UNESP, 2001

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	49	34	83
1	7	2	9
2	6	1	7
3	-	3	3
4	1	-	1
5	-	1	1
6 a 10	1	1	2
Ignorado	10	60	70
Total	74	102	176

É interessante notar que aproximadamente 78% dos pacientes não necessitaram restaurações de amálgama e os que necessitaram situavam-se no grupo de pacientes onde 1 ou 2 restaurações foram planejadas com 8% e 6% respectivamente. Este resultado é completamente o oposto ao encontrado por Muñoz Chávez⁶³, em 1998 onde apenas 32,6% não requeriam este tratamento e o grupo que obteve maiores necessidades foi o de 6 a 10 restaurações de amálgama. Estes resultados são o reflexo da constante evolução da Odontologia nos últimos anos, onde uma maior quantidade de restaurações de amálgama vem sendo substituídas por materiais estéticos como a resina composta, pois este ao longo dos anos vem ampliando o seu leque de opções, devido às constantes modificações na sua estrutura melhorando suas propriedades e com isso, substituindo o amálgama em locais que até o mesmo era indicado.

Em relação ao planejamento de restauração com Resina Composta, resultou na construção da tabela 4:

Tabela 4. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes planejados para restauração com resina composta, selante ou cimento de ionômero de vidro. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	21	14	35
1	6	7	13
2	4	8	12
3	5	4	9
4	9	1	10
5	6	3	9
6 a 10	10	4	14
11 a 20	3	1	4
Ignorado	10	60	70
Total	74	102	176

A Tabela 4 mostra a distribuição de pacientes com dentes planejados para restaurações estéticas segundo o ano de atendimento.

Observa-se que apenas 33% dos pacientes não tiveram este tratamento planejado sendo que, 67% tiveram pelo menos 1 (uma) restauração planejada onde o grupo mais evidente foi o de 6 a 10 restaurações estéticas planejadas com 13,2%, seguida por uma, duas ou quatro restaurações estéticas planejadas com 12,2%, 11,3% e 8,4% respectivamente. Este resultado corrobora com o estudo anterior⁶³ onde 70,2% tiveram este tipo de restauração planejada e a maioria dos pacientes 16,7%, necessitaram de 6 a 10 restaurações estéticas.

É interessante notar que apesar do aumento do número de homens que procuraram por atendimento nestes últimos anos, as necessidades de restaurações estéticas mantiveram-se semelhantes ao estudo anterior⁶³, sendo que neste, atribuiu-se ao fato da grande quantidade de mulheres presentes, que por serem mais exigentes quanto à estética, tenham contribuído para a indicação de uma maior quantidade de restaurações de resina composta.

Conforme comentado anteriormente, a evolução dos materiais têm levado a uma maior indicação destes tipos de restaurações em relação a outros que reflete nos resultados obtidos.

O planejamento para tratamento endodôntico pode ser observado na

Tabela 5:

Tabela 5. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes planejados para tratamento endodôntico. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	43	25	68
1	10	14	24
2	3	10	13
3	3	5	8
4	4	1	5
5	4	1	5
6 e +	1	2	3
Ignorado	6	44	50
Total	74	102	176

Na tabela 5 observa-se que 53,9% dos pacientes não tiveram endodontias planejadas, e os que tiveram, foram em apenas 1 dente (19%) seguido de 2 dentes (10%).

Nossos resultados (46%), ficaram acima ao de outros estudos como os de Munõz Chávez⁶³ em 1998, com 37,7% de pacientes que requeriam endodontia; Albuquerque⁴ com 17,82% dos pacientes necessitando endodontia na clínica integrada da UFRN e Silva Netto⁹³, que encontraram 21,4% de endodontias requeridas no serviço de emergência em Ribeirão Preto, assim como, de outros estudos^{9,10,25,74,78}.

As cirurgias periodontais foram planejadas, conforme a Tabela 6:

Tabela 6. Distribuição dos pacientes segundo número de cirurgias periodontais planejadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de cirurgias periodontais	Ano		Total
	1999	2000	
0	40	28	68
1	13	13	26
2	3	11	14
3	4	-	4
4	3	3	6
5	1	-	1
Ignorada	10	47	57
Total	74	102	176

Na tabela 6 observa-se que 43% dos pacientes necessitaram de algum tipo de cirurgia periodontal, sendo que 21,8% tinham 1 cirurgia periodontal planejada e 11,7% 2 cirurgias.

Este resultado se aproxima ao valor encontrado por Catandi²⁶, em 1998 que analisou através do CPITN as necessidades de tratamento periodontal dos pacientes da Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, encontrando um valor de 34,1% dos pacientes requerendo tratamento periodontal complexo. Zimmerman et al.⁹⁹, em 1990, analisaram as necessidades de tratamento odontológico em Chilenos e Poloneses mostrando que estes requeriam 36,3% e 32,6% respectivamente de cirurgias periodontais.

Nosso resultado porém ficou muito acima do encontrado em estudos anteriores^{22,63} e talvez este fato, possa ter ocorrido devido a quantidade de próteses planejadas nestes pacientes que, na maioria das vezes, necessitam de tratamento periodontal prévio.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes com raspagem e polimento dental planejados e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Local	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	18	9	27
1 sextante	-	1	1
2 sextantes	-	-	-
3 sextantes	-	3	3
4 sextantes	-	1	1
5 sextantes	-	-	-
Boca toda	49	43	92
Ignorado	7	45	52
Total	74	102	176

Na tabela 7 observa-se que 78% dos pacientes tiveram algum tipo de raspagem e polimento planejados, este resultado semelhante ao encontrado no levantamento epidemiológico de saúde bucal do estado de São Paulo⁸⁹ em 1999, mas, inferior ao encontrado no estudo anterior⁶³ onde 87,4% necessitavam RPD.

Mesmo assim, tal resultado demonstra uma alta prevalência deste tipo de tratamento, acompanhada de educação de higiene oral ao paciente, procedimentos que devem ser de domínio do aluno voltado para clínica geral, sendo igualmente importantes na terapêutica e na prevenção, pois o cirurgião dentista estará realizando um diagnóstico e tratamento precoces das doenças, já que esta, se não tratada, poderá evoluir para um estágio mais complexo^{26,56}.

Em relação às coroas totais ou restaurações metálicas fundidas planejadas nos pacientes, apresentamos a tabela 8:

Tabela 8. Distribuição dos pacientes segundo número de dentes com coroas totais ou restaurações metálicas fundidas planejadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Número	Ano		Total
	1999	2000	
0	31	24	55
1	9	9	18
2	8	7	15
3	2	5	7
4	5	1	6
5	3	3	6
6 e +	8	3	11
Ignorado	8	50	58
Total	74	102	176

Para as coroas totais ou restaurações metálicas fundidas planejadas, nota-se que 46,6% dos pacientes não requereram este tratamento e que 53,4% tiveram pelo menos uma ou mais coroas e RMFs planejadas, sendo em média 1,07 por pessoa.

Estes resultados corroboram com os estudos de Muñoz Chavez⁶³ com 53% de coroas planejadas em 1,15 por pessoa, De Silva⁹¹, que concluiu que cada indivíduo no Acre requeria 1,37 prótese dentária, sendo que este resultado não guarda similaridade com outros^{9,10,25,40,54,61,78,99}.

Pode-se observar ainda que um maior número de pacientes necessitaram 1 prótese unitária (15,2%) seguido de 2 próteses unitárias com 12,7%. É interessante ressaltar que 9,3% dos pacientes tiveram de 6 ou mais coroas e RMFs planejadas o que indica o aparecimento de casos mais complexos.

A tendência de planejamentos quanto aos procedimentos referentes a exodontia (pelo menos 1 dente), restauração de amálgama (pelo menos 1 dente), restauração com resina composta (pelo menos 1 dente), tratamento endodôntico (pelo menos 1 dente) e cirurgias periodontais (pelo menos uma) e tratamento protético unitário (pelo menos 1 dente) pode ser visualizada na Figura 2. Para verificar esta tendência, tomou-se como referência o número de pacientes que teve planejamento de procedimento e, como a categoria “ignorada” foi expressiva, principalmente em 2000, decidiu-se desconsiderar os pacientes que foram alocados nesta categoria. Assim, para exemplificar, no caso de “exodontia” referente a 1999, entre os 68 pacientes, para 65 foi feito planejamento, resultando em 95,6%; referente a 2000, entre 59 pacientes, onde todos foram planejadas a exodontia de pelo menos um dente.

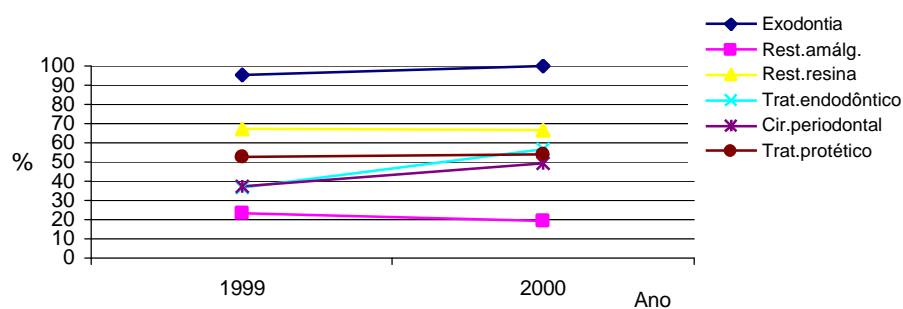


Figura 2. Distribuição percentual dos pacientes segundo planejamento de procedimentos em pelo menos 1 dente. FOAr, UNESP, 2001.

Foram também planejadas Próteses Parciais Fixas, de 3 elementos ou mais, conforme visualização da Tabela 9:

Tabela 9. Distribuição de pacientes segundo número de dentes com próteses parciais fixas, tipo e ano. FOAr, UNESP, 2001

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	42	39	81
Unilateral maxilar	13	4	17
Unilateral mandibular	7	6	13
Unilateral maxilar e mandibular	2	3	5
Bilateral maxilar	2	-	2
Bilateral mandibular	2	2	4
Ignorado	6	48	54
Total	74	102	176

O tipo de prótese parcial fixa predominante em 1999, correspondeu a unilateral maxilar (19,1%) e para 2000, a unilateral mandibular (11,1%). É interessante destacar que 66% dos pacientes não tiveram próteses fixas (3 elementos ou mais) planejadas corroborando com Muñoz Chávez⁶³ com 64,1%, onde 33,9% necessitavam algum tipo de prótese, sendo que destes 24,6% uma prótese por fazer e 9% mais de uma. Estes resultados corroboram com os de Muñoz Chávez⁶³ e Albuquerque⁴, não guardando similaridade com outros estudos^{10,11,22,25,31,35,61,74,78,79,98,99}.

O grupo que requereu prótese parcial fixa unilateral maxilar, foi o mais expressivo com 13,9% ,seguido pelo unilateral mandibular, com 10,6% corroborando com Meewissen & Eschen⁵⁴, que citam que a maior quantidade de tratamentos protéticos fixos é realizada na maxila e que o dente mais usado como retentor das próteses fixas é o canino superior esquerdo, seguido pelo 2º pré-molar inferior esquerdo.

Em relação às próteses removíveis planejadas, observou-se:

Tabela 10. Distribuição de pacientes segundo tipo de próteses parciais removíveis planejadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	31	18	49
Maxilar	8	6	14
Mandibular	14	19	33
Maxilar e mandibular	15	10	25
Ignorado	6	49	55
Total	74	102	176

Na Tabela 10 enquanto em 1999, para 22,1% foi planejada a prótese maxilar e mandibular, em 2000, foi prevalente a prótese mandibular, equivalendo a 35,8%.

É interessante notar na Tabela 10 enquanto 53% dos pacientes requeriam PPR em 1999, 65,6% requeriam PPR em 2000. Na tabela 9 observa-se o inverso, sendo que em 38,2% dos pacientes foram planejadas próteses fixas em 1999 e 27% de próteses fixas em 2000, mostrando que a maior quantidade de planejamento de um tipo de prótese interfere na escolha pela outra.

No geral 59,5% dos pacientes tiveram algum tipo de PPR planejada, número este muito maior que outros estudos^{4,10,11,31,63,66,79,89,99}.

Observa-se no geral uma predominância por próteses removíveis mandibulares (27,3%) seguidos pela associação PPR mandibular + maxilar (20,6%) e maxilar 11,6%, concordando com Owall e Taylor⁶⁶, que concluíram que a

incidência de PPR na arcada inferior foi maior que na arcada superior e que a média de dentes foi de 8,7 na maxila e 8,1 na mandíbula.

Em relação às próteses totais, para uma melhor visualização temos a

Tabela 10:

Tabela 11. Distribuição de pacientes segundo tipo de próteses totais planejadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	65	49	114
Maxilar	3	4	7
Mandibular	-	-	-
Maxilar e mandibular	-	-	-
Ignorado	6	49	55
Total	74	102	176

O planejamento de próteses totais foi feito para apenas 7 pacientes, no maxilar, sendo 3 no ano de 1999 e 4 no ano de 2000

REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Para verificar os diferentes tratamentos realizados pela Clínica Integrada, procedeu-se à confecção das tabelas específicas à especialidade:

Tabela 12. Distribuição de pacientes segundo número de dentes extraídos e ano. FOAr, UNESP,2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	2	-	2
1	39	49	88
2 a 5	14	20	34
6 a 10	14	21	35
11 a 20	3	1	4
Ignorado	2	11	13
Total	74	102	176

Tabela 13. Distribuição de pacientes segundo número de dentes restaurados com amálgama e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	59	74	133
1	8	9	17
2	4	2	6
3	1	2	3
4	1	2	3
5	-	1	1
6 a 10	-	2	2
11 a 20	-	-	-
21 e +	-	1	1
Ignorado	1	9	10
Total	74	102	176

Tabela 14. Distribuição de pacientes segundo número de dentes restaurados com resina composta, selante ou ionômero de vidro e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	26	36	62
1	7	8	15
2	8	18	26
3	5	11	16
4	9	8	17
5	5	4	9
6 a 10	10	8	18
11 a 20	3	-	3
Ignorado	1	9	10
Total	74	102	176

Tabela 15. Distribuição de pacientes segundo número de pacientes com tratamento endodôntico realizado e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de dentes	Ano		Total
	1999	2000	
0	47	46	93
1	12	25	37
2	7	12	19
3	4	8	12
4	1	2	3
5	1	-	1
6 e +	1	1	2
Ignorado	1	8	9
Total	74	102	176

Tabela 16. Distribuição de pacientes segundo número de pacientes com cirurgias periodontais realizadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Nº de cirurgias periodontais	Ano		Total
	1999	2000	
0	49	54	103
1	13	22	35
2	5	15	20
3	5	-	5
4	1	1	2
5	-	1	1
Ignorada	1	9	10
Total	74	102	176

Tabela 17. Distribuição de pacientes segundo número de pacientes com raspagem e polimento dental realizados e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Local	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	25	27	52
1 sextante	3	4	7
2 sextantes	-	-	-
3 sextantes	-	6	6
4 sextantes	-	2	2
5 sextantes	-	-	-
Boca toda	44	54	98
Ignorado	2	9	11
Total	74	102	176

Para 1999, verificou-se que 61,1% dos pacientes realizaram raspagem e polimento dental na boca toda e para 2000, esse valor foi de 58,1%.

Em relação à realização de coroas totais ou restaurações fundidas, conforme a tabela 18:

Tabela 18. Distribuição de pacientes segundo número de pacientes com coroas totais ou restaurações fundidas realizadas e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Número	Ano		Total
	1999	2000	
0	60	54	114
1	5	21	26
2	4	9	13
3	2	4	6
4	-	-	-
5	1	3	4
6 e +	-	2	2
Ignorado	2	9	11
Total	74	102	176

A tendência, segundo ano de levantamento, da realização dos procedimentos referentes a exodontia (pelo menos 1 dente), restauração de amálgama (pelo menos 1 dente), restauração com resina composta (pelo menos 1 dente), tratamento endodôntico (pelo menos 1 dente), cirurgias periodontais (pelo menos uma) e tratamento protético unitário (pelo menos uma) pode ser visualizada na Figura 3.

Para verificar esta tendência, tomou-se como referência o número de pacientes que teve o procedimento realizado e, como a categoria “ignorado” foi expressiva, decidiu-se desconsiderar os pacientes que foram alocados nesta categoria. Assim, para exemplificar, no caso de “exodontia” referente a 1999, entre os 72 pacientes, para 70 tiveram pelo menos um dente extraído, resultando em 97,2%; referente a 2000, entre 91 pacientes, para todos eles foi realizada a exodontia de pelo menos um dente.

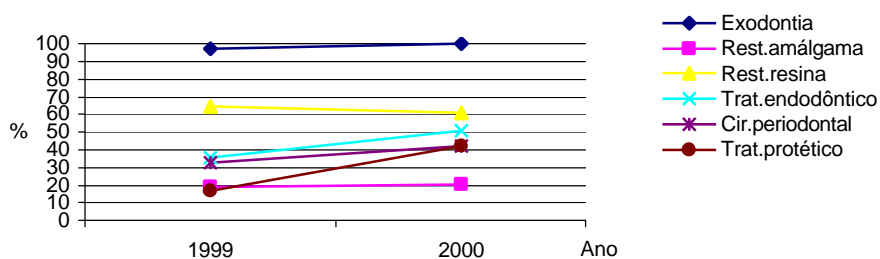


Figura 3. Distribuição percentual dos pacientes segundo realização de procedimentos em pelo menos 1 dente. FOAr, UNESP, 2001.

Em relação à realização de próteses parciais fixas, obteve-se:

Tabela 19. Distribuição de pacientes segundo tipo de próteses parciais fixas realizados e ano. FOAr, UNESP, 2001.

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	69	83	152
Unilateral maxilar	2	4	6
Unilateral mandibular	1	4	5
Unilateral maxilar e mandibular	-	1	1
Bilateral maxilar	-	1	1
Bilateral mandibular	1	1	2
Ignorado	1	8	9
Total	74	102	176

Ressalte-se na Tabela 19 o expressivo número de pacientes sem realização de prótese parcial fixa, equivalendo a 94,5% e a 88,3%, respectivamente a 1999 e a 2000.

Em relação à realização de próteses parciais removíveis, observa-se na Tabela 20:

Tabela 20. Distribuição de pacientes segundo tipo de próteses parciais removíveis realizadas e ano. FOAr, UNESP, 2001

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	61	65	126
Maxilar	5	7	12
Mandibular	3	12	15
Maxilar e mandibular	4	10	14
Ignorado	1	8	9
Total	74	102	176

Enquanto para 1999, a Prótese Parcial Removível de maxilar foi prevalente (6,8%), em 2000, a mandibular foi a mais realizada, equivalendo a 12,8%.

Em relação à realização de próteses totais, obteve-se:

Tabela 21. Distribuição de pacientes segundo tipo de próteses totais realizadas e ano. FOAr, UNESP, 2001

Tipo	Ano		Total
	1999	2000	
Nenhum	71	89	160
Maxilar	2	4	6
Mandibular	-	-	-
Maxilar e mandibular	-	1	1
Ignorado	1	8	9
Total	74	102	176

Conforme a Tabela 21 em relação à Prótese Total, em 1999, apenas para 2,7% dos pacientes foi realizada, para a região maxilar; em 2000, os tipos maxilar e mandibular foram realizados para 5,3%.

As tabelas 22 e 23 foram ilustradas na figura 04 que representa uma alta eficácia com relação a execução das exodontias nos anos estudados. Isto demonstra que esta etapa vem sendo bem conduzida na disciplina, pois, tal procedimento é um dos primeiros a serem realizados, fazendo parte da fase preparatória bucal para a reabilitação integrada. Quando utilizado o teste de concordância Kappa (K), para ambos os anos, estes são interpretados como concordância sofrível $K=0,35$ em 1999 e $K=0,24$ em 2000, isto se deve ao fato de ocorrer alterações no planejamento, onde dentes que não estavam planejados para a extração, foram eliminados durante o tratamento, assim como, casos ignorados a princípio na fase de planejamento são extraídos durante o tratamento, sendo que isto ocorreu com maior frequência no ano de 2000. As causas da extração fora do planejamento não fazem parte do estudo, mas podem estar relacionadas às dificuldades técnicas de preservação do elemento dental (complicações na terapia endodôntica, cáries extensas, fraturas durante o tratamento), assim como, por indicações protéticas posteriores ou imperícia no tratamento por parte dos alunos.

Tabelas 24 e 25 : Restaurações de amálgama realizadas (R) e planejadas segundo o ano de atendimento

		1999				2000					
		P				P					
		0	1 ou +	Ig.	T			0	1 ou +	Ig.	T
R	0	46	6	7	59	R	0	30	–	44	74
	1 ou+	3	9	2	14		1 ou+	4	8	7	19
	Ig.	–	–	1	1		Ig.	–	–	9	9
	T	49	15	10	74		T	34	8	60	102

K = 0,44

K = 0,22

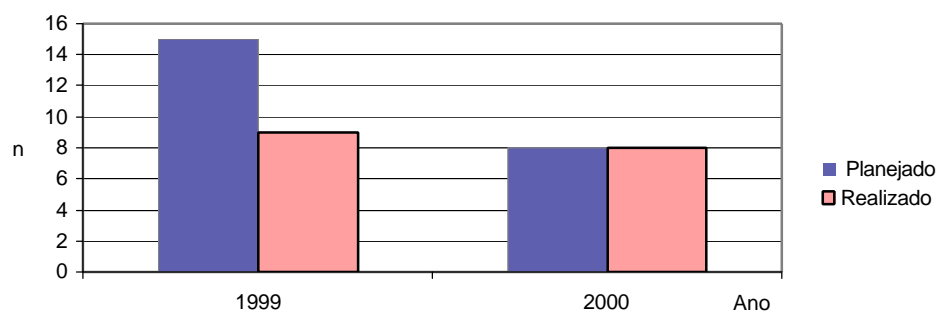


Figura 5- Número (n) de pacientes com pelo menos um dente restaurado com amálgama segundo ano. FOAr, UNESP, 2001.

As tabelas 24 e 25 deram origem a figura 5, demonstra uma tal eficácia com relação à condução do tratamento em relação ao planejamento no ano de 2000, sendo que o mesmo não aconteceu no ano de 1999. Apesar disto, o valor de Kappa para o ano de 1999 é interpretado como regular ($K=0,44$) para o teste de concordância, sendo que para o ano 2000, o mesmo teste indica uma concordância sofrível ($K=0,22$). Estes valores podem ser justificados também pelas alterações no planejamento ocorridas durante o tratamento, onde dentes até então planejados para restaurações de amálgama, foram substituídas por outra alternativa restauradora, como a resina composta observado em 1999, e também pela indicação de novas restaurações de amálgama que até então não estavam planejadas no início, como ocorreu em 2000.

Tabela 26 e 27 : Restauração de resina composta, selante ou ionômero de vidro realizadas (R) e planejadas (P) segundo o ano de atendimento.

		1999				2000				
		P				P				
		0	1 ou +	lg.	T	0	1 ou +	lg.	T	
R	0	17	6	3	26	0	10	5	21	36
	1 ou +	4	37	6	47	1 ou +	4	23	30	57
	lg.	-	-	1	1	lg.	-	-	9	9
	T	21	43	10	74	T	14	28	60	102
		$K = 0,52$				$K = 0,21$				

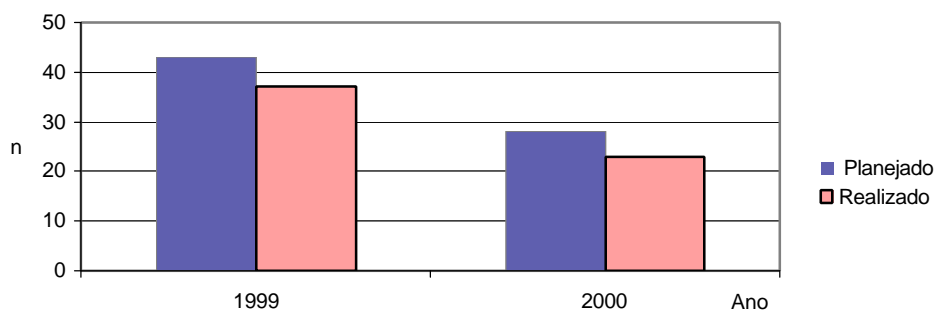


Figura 6- Número (n) de pacientes com pelo menos um dente restaurado com resina segundo ano. FOAr, UNESP, 2001.

Na figura 6, observa-se uma boa eficácia nos anos estudados com relação às restaurações estéticas planejadas x realizadas. Nas tabelas 25 e 27 que deram origem ao gráfico, encontramos para o ano de 1999 um valor Kappa para concordância regular ($K=0,52$) e para o ano 2000, sofrível ($K=0,21$). Percebe-se então que as alterações no planejamento inicial, são as principais responsáveis pelos valores de concordância presentes. Dentes que estavam planejadas restaurações estéticas, não receberam tratamento possivelmente pela extensão da cavidade, não prevista inicialmente que levou a modificação na indicação restauradora, ou dentes em que inicialmente foram planejadas substituições ou realizações de restaurações estéticas, não necessitaram tal tratamento e prontuários ignorados inicialmente no planejamento, aparecendo com restaurações realizadas.

Tabelas 28 e 29 : Tratamentos endodônticos realizados (R) e planejados (P) segundo o ano de atendimento.

		1999			2000						
		P			P						
		0	1 ou +	Ig.	T	0	1 ou +	Ig.	T		
R	0	40	3	4	47	R	0	22	2	22	46
	1 ou +	3	22	1	26		1 ou +	3	31	14	48
	Ig.	-	-	1	1		Ig.	-	-	8	8
	T	43	25	6	74		T	25	33	44	102

K = 0,71

K = 0,43

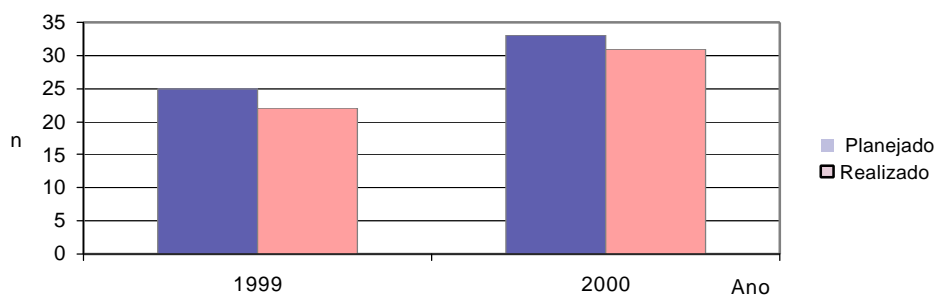


Figura 7- Número (n) de pacientes com pelo menos um dente com tratamento endodôntico segundo ano. FOAr, UNESP, 2001.

Na figura 7, nota-se uma boa eficácia com relação aos tratamentos endodônticos nos anos estudados.

Isto deve ao fato deste tratamento fazer parte da fase preparatória, sendo um dos primeiros a serem realizados nos pacientes.

O valor de concordância para Kappa no ano de 1999 foi interpretado como bom ($K=0,71$) e no ano de 2000, regular ($K=0,43$) conforme as tabelas 28 e 29.

Vale ressaltar, os valores de concordância para os anos estudados, superiores aos outros tratamentos até então. Isto se deve em grande parte, ao fato de que para este procedimento, não foram encontrados muitos prontuários com informações ignoradas inicialmente, o que refletiu nos valores encontrados.

Mas também encontraram-se alterações neste tratamento, como por exemplo, dentes com endodontia planejada que foram salvos por procedimentos restauradores, dentes extraídos após análise criteriosa; e também houve casos com indicação tardia para endodontia por finalidade protética ou cáries profundas que resultaram em exposição pulpar.

Na figura 8, nota-se uma melhor eficácia na execução dos planejamentos no ano de 2000 em relação a 1999 com valores de concordância Kappa nas Tabelas 30 e 31 de $K=0,37$ (sofrível), para ambos os anos ; isto se deve ao fato das cirurgias periodontais serem inclusas na fase preparatória complementar, ou seja, são realizadas após as exodontias, cirurgias e raspagens dos dentes, portanto, alterações podem surgir.

Dentes com cirurgias planejadas após receberem raspagem, orientação de higiene bucal ou restaurações provisórias, podem não necessitar de cirurgia periodontal posteriormente ou até mesmo dentes em que não estavam indicados tais procedimentos, podem necessitá-lo por motivos protéticos , fraturas e/ou cáries.

Tabelas 32 e33 : Raspagens periodontais realizadas (R) e planejadas (P) segundo o ano de atendimento.

		1999					2000						
		P					P						
		0	1 ou +	b,toda	Tg	T			0	1 ou +	b,toda	Tg	T
R	0	13	—	8	4	25	R	0	6	—	2	19	27
	1 ou+	1	—	2		3		1 ou+	1	5	1	5	12
	b. toda	4	—	38	2	44		b. toda	2	—	40	12	54
	lg.	—	—	1	1	2		lg.	—	—	—	9	9
	T	18	—	49	7	74		T	9	5	43	45	102
		K = 0,43					K = 0,42						



Figura 9- Número (n) de pacientes com raspagem e polimento dental na boca toda segundo ano. FOAr, UNESP, 2001.

Na figura 9, observa-se a eficácia do tratamento de raspagem e polimento dental nos anos de estudo e , nas tabelas 32 e 33, observamos os valores que deram origem aos gráficos, com valores para Kappa de 0,43 e 0,42 (regular), para os anos de 1999 e 2000, respectivamente.

Isto se deve, ao fato de pacientes onde não foram planejadas raspagens, mas o tratamento foi realizado e os pacientes em que foram planejadas raspagens e não receberam tal tratamento.

Tabela 34 e 35 : Tratamentos Protéticos Unitários realizados (R) e planejados (P) segundo o ano de atendimento.

		1999				2000					
		P				P					
		0	1 ou +	lg.	T	0	1 ou +	lg.	T		
R	0	31	24	5	60	0	22	8	24	54	
	1 ou+	-	10	2	12	R	1 ou+	2	19	18	39
	lg.	-	1	1	2	lg.	-	1	8	9	
	T	31	35	8	74	T	24	28	50	102	

$K = 0,26$
 $K = 0,29$

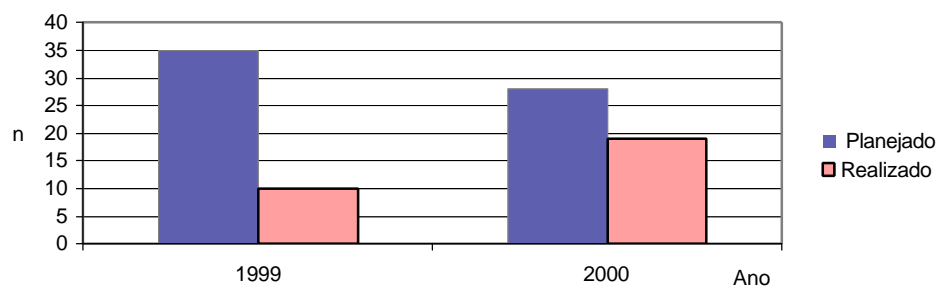


Figura 10- Número (n) de pacientes com pelo menos uma coroa total ou restauração metálica fundida segundo ano. FOAr, UNESP, 2001.

Na figura 10, verifica-se uma baixa eficácia com relação a realização dos procedimentos protéticos unitários planejados naqueles pacientes nos anos estudados. Nas Tabelas 32 e 33, os valores de Kappa foram considerados sofríveis para concordância nos anos de 1999 ($K=0,26$) e 2000 ($K=0,29$).

Estes valores são decorrentes da grande quantidade de tratamentos reabilitadores complexos, não concluídos nos anos estudados, pois as grandes quantidades de procedimentos a serem realizados na fase preparatória levaram a falta de tempo, para execução das próteses deixando a maioria dos tratamentos protéticos em provisórios.

Tabelas 36 e 37 : Próteses parciais fixas (3 elementos ou mais) segundo o ano de atendimento.

		1999 P			T
		0	1 ou +	lg.	
R	0	42	23	4	69
	1 ou +	–	3	1	4
	lg.	–	1	1	1
	T	42	26	6	74

$K = 0,27$

		2000 P			T
		0	1 ou +	lg	
R	0	38	8	37	83
	1 ou +	1	7	3	11
	lg	–	–	8	8
	T	39	15	48	102

$K = 0,24$

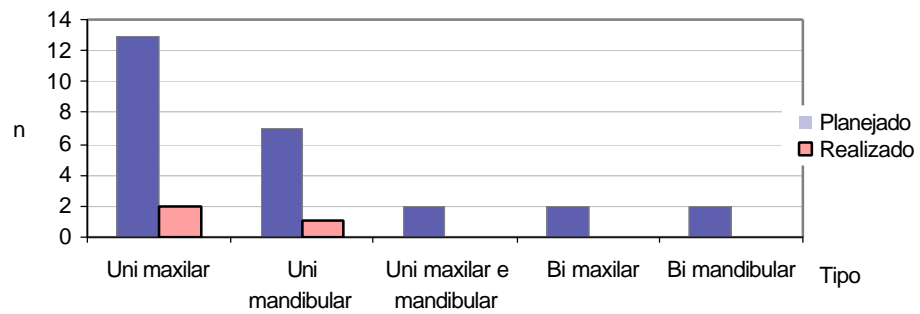


Figura 11- Número (n) de pacientes segundo tipo de prótese parcial fixa atendidos em 1999. FOAr, UNESP, 2001.

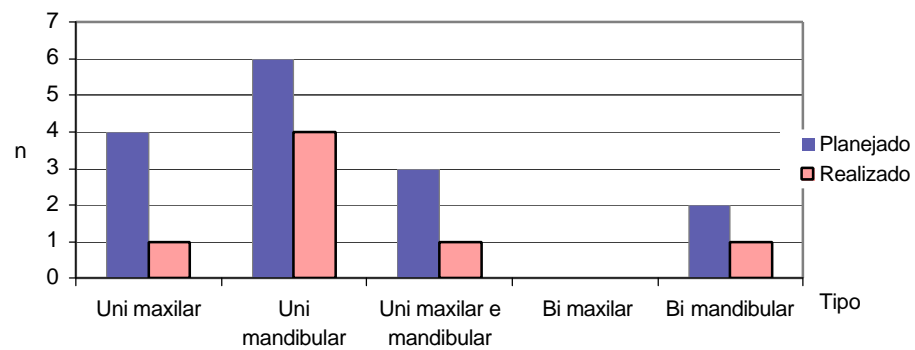


Figura 12- Número (n) de pacientes segundo tipo de prótese parcial fixa atendidos em 2000. FOAr, UNESP, 2001.

As figuras 11 e 12 correspondem à eficácia de execução das próteses parciais fixas (3 elementos ou mais) para os anos de 1999 e 2000 respectivamente, e indicam uma baixa realização com relação a estes tratamentos, sendo que os valores de Kappa foram considerados sofríveis para o ano de 1999 ($K=0,27$) e 2000 ($K=0,24$). Isto é um indicador de que a maioria das próteses fixa não estão sendo concluídas na disciplina e isto, se deve a vários fatores: 1) grande quantidade de casos complexos e que não conseguem ser concluídos no final do ano letivo; 2) várias faltas encontradas nos prontuários destes pacientes, diminuindo as sessões clínicas para a conclusão dos casos e ,3) desistência dos pacientes próximo ao início do tratamento protético, na fase de provisórios, acarretando nos baixos valores encontrados.

Tabelas 38 e 39 : Próteses parciais removíveis realizadas (R) e planejadas (P) segundo o ano de atendimento.

		1999				2000					
		P				P					
		0	1 ou +	lg.	T	0	1 ou +	lg	T		
R	0	31	27	3	61	0	18	14	33	65	
	1 ou+	-	10	2	12	R	1 ou+	-	21	8	29
	lg.	-	1	1	1	lg	-	-	8	8	
	T	31	37	6	74	T	18	35	49	102	
		$K = 0,24$				$K = 0,28$					

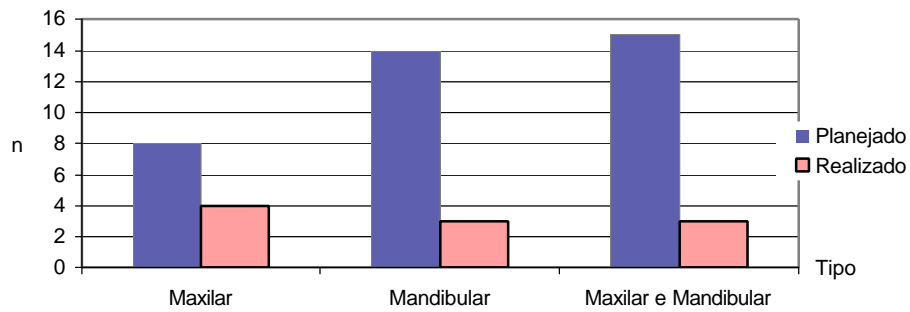


Figura 13- Número (n) de pacientes segundo tipo de prótese parcial removível atendidos em 1999. FOAr, UNESP, 2001.

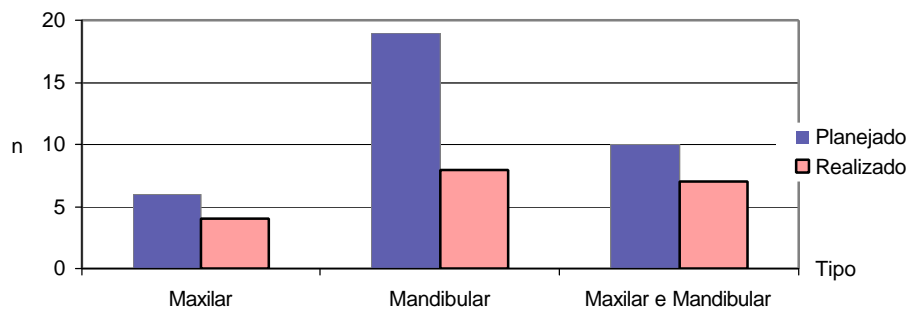


Figura 14- Número (n) de pacientes segundo tipo de prótese parcial removível atendidos em 2000. FOAr, UNESP, 2001.

As figuras 13 e 14, correspondem à eficácia de execução das próteses parciais removíveis para os anos de 1999 e 2000 respectivamente, e apesar da baixa realização destas próteses, principalmente em 1999, foram superiores em realização as próteses fixas, mas da mesma maneira nas tabelas 38 e 39, indicam valores de concordância Kappa sofríveis para os anos de 1999 ($K=0,24$) e 2000 ($K=0,28$). Isto indica que as próteses removíveis não estão sendo concluídas até o final do ano letivo e da mesma maneira que, as próteses fixas são dependentes dos fatores como : falta dos pacientes, falta de tempo e falta de pagamento.

Apesar de serem mais baratas que as próteses fixas e muitas vezes serem a opção de escolha do paciente, acabam em alguns casos sendo dependentes de próteses fixas, pois as mesmas em alguns locais devem ser realizadas com encaixe ou fresagem para posterior confecção da prótese removível.

maxila associada a outros tipos de tratamentos reabilitadores na mandíbula, em geral, com a confecção de prótese removível inferior na qual é dependente.

Neste momento, vale ressaltar que dos 74 pacientes atendidos em 1999, 24 concluíram com êxito os casos planejados e no ano de 2000 para os 102 pacientes atendidos obteve-se 36 casos concluídos integralmente o que significa 1 paciente concluído por dupla de alunos (em média são 75 alunos por turma) significando que a disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara, foi eficaz no seu objetivo de ensino neste ano.

Mas em 1999, devido aos fatores discutidos anteriormente, não conseguimos obter esta média de conclusão do ano de 2000 e ,portanto julgamos oportuno tecer algumas estratégias para melhorar o ensino em Clínica Integrada.

Uma das propostas, com vista a uma conduta mais previsível em relação ao tratamento planejado, é a realização de triagens prévias destes pacientes, realizadas pelos docentes, onde devem ser escolhidos aqueles com grau de dificuldade de tratamento pequeno, exemplificados mais adiante (considerados como grau I e II) ,mas que possuam uma variedade de tratamento, tal que, possibilite uma qualidade no ensino em Clínica Integrada, ou seja, os docentes da Disciplina devem adquirir o “know-how” de selecionar casos simples em termo de reabilitação oral, mas com um leque de variedade de tratamento.

É muito vantajoso para o aluno, em termos de aprendizado, iniciar e concluir o caso no ano de atendimento, seguindo uma filosofia de atuação que inclua o planejamento, ordenação do tratamento e, tratamento realizado sob um conceito de

racionalização do trabalho. Como por exemplo de pacientes grau I e II, podemos citar um caso de perda de poucos dentes com uma contenção vertical estável onde a confecção de uma simples prótese (fixa ou removível) resolva o caso, mas que neste caminho o aluno desfrute das técnicas empregadas para conclusão do tratamento, como raspagem total da boca , exodontia de dentes condenados; cirurgia periodontal para restabelecimento do espaço biológico dos dentes pilares e tratamento endodôntico para confecção de núcleo fundido e confecção de provisórias até a confecção da prótese fixa ou removível.

Já os casos mais complexos ou que demandam maior tempo preparatório, devem ser excluídos ou direcionados às clínicas dos Estagiários, da Pós-graduação ou Especialização, pois, a nossa finalidade não é única e exclusivamente o atendimento à comunidade, mas sim aliar esse atendimento direcionado às expectativas do ensino em Graduação em Odontologia, conforme estabelece a resolução nº 4, de 03 de setembro de 1982, onde consta o seguinte em seu Art. 12: “O ensino e treinamento dos alunos em termos de necessidades globais dos pacientes será realizado em Clínica Integrada, com duração mínima de 1 semestre letivo, sem prejuízo das atividades específicas, utilizadas como recursos de ensino nas diversas matérias profissionalizantes”.

É lógico, que a condução de uma Disciplina não se dá apenas por atos conceituais ou filosóficos, depende de variáveis que muitas vezes fogem do nosso controle e que nos levam a propor estratégias emergenciais, como por

exemplo: na desistência e falta continuas dos pacientes, na dinâmica da dupla de atendimento e, nos problemas técnicos relacionados ao tratamento em si.

Para as desistências de pacientes, não há outra solução que não seja a reposição do mesmo por outro da fila de espera. Apesar de desagradável e de quebrar um protocolo rígido de planejamento seguido até então, deve ser compreendido pelos alunos, sendo que se esse fato ocorre no início do ano letivo não é tão prejudicial, pois a dupla de alunos terá oportunidade de treinar em outro paciente o planejamento, mas com a condução do tratamento até o final do ano. Quando esta desistência se dá na metade do ano ou mais adiante, o que é comum próximo da realização do tratamento protético, torna-se bastante frustrante para o aluno, pois não vê concluído o que veio realizando até então.

Nestes casos, propomos que a cobrança do tratamento protético seja realizada no início do ano, onde cabe ao laboratório responsável pela confecção das próteses a divisão em parcelas com o intuito de diluir o custo da(s) prótese(s) para o paciente. Estas parcelas de preferência, devem ser quitadas antes da confecção das próteses (na fase de moldagem dos dentes pilares) e nenhum caso deve ser continuado antes do pagamento das mesmas.

A diluição das parcelas faz com que o paciente não sinta o peso do tratamento protético, que conta com serviços terceirizados, e o mesmo vai pagando enquanto outros procedimentos clínicos vão sendo realizados em sua boca. Isto se torna num bom indicador do andamento do caso, pois qualquer atraso no pagamento o paciente é punido com advertência por partes dos alunos (daí a importância de

uma boa comunicação entre laboratório terceirizado, laboratório de apoio da Disciplina e Equipe Odontológica). Em casos mais graves como inadimplência de 2 meses ou mais, o paciente pode ser punido com a perda da vaga (tendo o seu dinheiro devolvido) e outro, com maior interesse é colocado em seu lugar, a tempo de iniciar e concluir o tratamento no mesmo ano.

No caso de faltas dos pacientes, é importante que se estabeleça um limite, sendo considerado um bom número de três faltas não justificadas e após isso o paciente perderá a vaga sendo substituído por outro com maior interesse. É importante que o paciente crie o hábito de não faltar às consultas, pois apesar do grande número de clínicas (2 clínicas por semana para pacientes com necessidades globais, e 1 clínica semanal para os de retorno) muitas vezes tornam-se limítrofes ou insuficientes para a quantidade de necessidades evidenciadas nesses pacientes, aliados ao fato de serem atendidos por alunos em formação, onde o tempo clínico despendido é muito maior que o normal.

Outro fato que tem chamado a nossa atenção, é a dinâmica de atendimento da dupla de alunos, que algumas vezes compromete o andamento do caso e impede a sua conclusão até o final do ano letivo. Este, é um fato que é percebido durante o tratamento do paciente quando é notada dificuldade técnica, por parte de um ou ambos alunos da dupla. Talvez, uma tentativa de resolver ou minimizar este problema é a de antes do início das atividades clínicas, pesquisar o histórico de notas destes alunos em anos anteriores : onde procura-se oferecer para estes alunos, com notas clínicas menores, casos mais simples que o convencional,

para que se desenvolva um aprendizado técnico gradual. Outro fato que tem dado resultado no ensino de Clínica Integrada, é o atendimento de ambos os alunos ao mesmo paciente até o término do tratamento, isto tem permitido que o aluno tecnicamente mais eficaz, ajude no desenvolvimento do parceiro, além de criar uma cumplicidade no atendimento do paciente. Sendo ambos os alunos os responsáveis pelo paciente, o rendimento em clínica é maior, pois o aluno que faz o papel de auxiliar no dia de atendimento, sente-se no compromisso de “realmente auxiliar” o operador, diminuindo o tempo clínico e racionalizando o atendimento.

Já os problemas relacionados ao tratamento, muitas vezes são previstos no início do mesmo, mas às vezes fogem do controle técnico, pois segundo Fayol* “um programa, por melhor que tenha sido estudado, jamais se realizará exatamente de acordo com as previsões feitas. As previsões não são profecias, tem por objetivo reduzir o imprevisto”.

Existem também os casos em que o aluno, durante o tratamento, por negligencia, imperícia ou imprudência, levam ao não cumprimento do caso, conforme o planejado; sendo que neste caso cabe ao docente intervir para que seja alterado o planejamento até então proposto e o caso consiga ser conduzido novamente dentro da normalidade.

É importante ressaltar que devido a estes aspectos, cabe a Disciplina estar respaldada por uma documentação vasta e completa, que inicia –se com uma autorização do cliente ao tratamento odontológico, assim como o cumprimento das normas estabelecidas pela disciplina, a queixa que levou o paciente ao tratamento,

* Fayol, H. *Administração industrial e geral*. 8 ed. São Paulo, Atlas, 1970.

anamnese que deve incluir ficha clínica, plano de tratamento, receitas, atestados odontológicos, modelos, radiografias, orientações para pós-operatório e higienização.

Só assim pode-se garantir que o objetivo da Disciplina de Clínica Integrada foi realizado quanto ao cumprimento do seu papel que é formar um Cirurgião Dentista Clínico Geral, capaz de diagnosticar, planejar e tratar seus pacientes com eficácia.

Conclusão

CONCLUSÃO

Conforme a análise dos dados coletados e aos propósitos fixados neste estudo, julgamos válido concluir que:

- A Disciplina de Clínica Integrada da FOAr- UNESP é eficaz no ensino voltado para formação do Clínico Geral em Odontologia apesar de deficiências quanto ao cumprimento de todas as necessidades dos seus pacientes, através dos tratamentos evidenciados nos planejamentos globais.
- A distribuição da população que demandou a Clínica Integrada da FOAr- UNESP, neste período estudado (1999 e 2000), com relação a idade foi significativamente maior no grupo etário situado entre 35 a 44 anos, com predominância para as mulheres com 62,5% de procura.
- Quanto às necessidades odontológicas houve uma predominância para as exodontias (97,6%) , seguida pela RPD (78%), restaurações estéticas (67%), próteses parciais removíveis (59,5%), próteses unitárias (53,4%) endodontias (46,1%), próteses fixas (44%), cirurgias periodontais (43%), restaurações de amalgama (22%) e próteses totais (5,7%).

- Quanto aos tratamentos realizados houve predominância para as exodontias (98,7%), seguida pela RPD (68,5%), restaurações estéticas (62,6%), endodontias (44,3%), cirurgias periodontais (38%), próteses unitárias (31%), próteses parciais removíveis (24,5%), restaurações de amalgama (20%), próteses fixas (8,9%) e próteses totais (4,2%).

Referências

bibliográficas

Referências

bibliográficas*

- 1 ABELLARD, J., DECROIX, B., KEREBEL, L.M. Enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire à Fada N’Gourma (Burkina Faso). *Bull. Group. Int. Rech. Sci. Stomatol. Odontol.*, v.32, p.31-8, 1989.

- 2 ABRAMOWICZ, M., GIL, C., MARTINS, M.C.B. Contribuição para o estudo dos pacientes que freqüentam as clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *Rev. Fac. Odontol. São Paulo*, v.14, p.259-70, 1976.

- 3 ALBERTINI, T.F., KIRGMAN, A., BROWN, J. Prevalence and distribution of dental restorative materials in US air force veterans. *J. Pub. H. Dent.*, v.57, n.1, p.5-10, 1997.

* UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas, Editora UNESP. *Normas para publicações da UNESP*. São Paulo: Editora UNESP, 1994. 4v., v.2. Referências bibliográficas.

- 4 ALBUQUERQUE, A.J. *Efetividade do sistema de clínica odontológica integrada, desenvolvido no curso de odontologia da UFRN*. Porto Alegre, 1978. 180p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- 5 ALBUQUERQUE, A.J. Considerações acerca de aspectos filosóficos e de aspectos operacionais, relativos aos sistemas de clínica odontológica integrada. *ALAFO*, v.17/19, n.1/2, p.18-22, 1983/1985.

- 6 ALMEIDA, C.M. et al. 1^o Inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.*, v.31, p.215-30, 1990.

- 7 ASSAF, A.V. et al. Relação entre cárie e doença periodontal na população idosa. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v.14, Suplemento Anais da 17^a Reunião Anual da SBPqO, p.91, 2000, Resumo A249.

- 8 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - 7^o Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdade de Odontologia. *ABENO Not.*, Camarajibe, Pernambuco, v.1/2, ago./out., 1978.
- 9 ATENDIMENTOS odontológicos nos 1^{os} semestres de 84 e 85. *Revista Naval de Odontologia*, p.10, 1985.
- 10 ATENDIMENTOS odontológicos nos 1^{os} semestres de 86, 87, 88 (Relato de experiência clínica - estatística). *Revista Naval de Odontologia*, p.41-2, 1988.
- 11 AZAMBUJA, T.W.F., BERCINI, F. Indicação de exodontia: a realidade na Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v.14, Suplemento Anais da 17^a Reunião Anual da SBPqO, p.135, 2000, Resumo B220.
- 12 BADER, J.D. et al. Periodontal status and treatment needs

among regular dental patients. *Int. Dent. J.*, v.38, p.255-60, 1988.

13 BARBISAN, A.O. et al. Parecer dos pacientes sobre a eficácia no atendimento recebido na Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, v.36, n.2, p.34-6, 1995.

14 BASTOS, J.B.P. Clínica integrada. *Rev. Farm. Odontol.*, v.41, p.181-200, 1975.

15 BEAGRIE, G.S. The responsibilities and role of universities in dental manpower. *Int. Dent. J.*, v.38, p.51-5, 1988.

16 BOTERO, A.A. Porqué decidimos crear una clínica integral en nuestra Facultad. La experiencia que hemos tenido. In: *Seminário Latino Americano sobre la Enseñanza de la Odontologia*, 1^o, Bogotá, 1962. Washington, OPAS, p.173-5, 1963.

- 17 BRAHAM, S.J. Consideraciones sobre integración clínica. *ALAF0*, v.13, p.121-8, 1978.
- 18 BRASIL. Conselho Federal de Educação. Câmara de Ensino Superior. Parecer n. 840/70. Relator: José Carlos Milano. 11 nov. 1970. , aprovado em 11/11/1970. *Documenta*, n. 120, p. 191, 1970.
- 19 BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução n. 4, 3 set. 1982. Fixa os mínimos de conteúdo e de duração do Curso de Odontologia. *Diário Oficial*, Brasília, v. 120, n. 177, p.27-145, 1982. Seção 1.
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil zona urbana*, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- 21 BRESOLIN, D. O que é o plano piloto de ensino integrado de odontologia. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.23, p.190-1, 1969.

- 22 BROUGHTON, A.M., SMALES, R.J. Comparison of dental needs with the treatments actually received. *Aust. Dent. J.*, v.36, p.223-30, 1991.
- 23 CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.3, p.79-81, 1969.
- 24 CASVALHO, V. et al. Aspectos sócio-econômicos e indicadores de saúde bucal em Clínica Integrada. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v.14, Suplemento Anais da 17^a Reunião Anual da SBPqO, p.29, 2000, Resumo I138.
- 25 CASTRO, J.R.F. *Organização e funcionamento da clínica integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara, e os princípios de economia profissional aplicados nesse sistema de ensino*. Araraquara, 1989. 135p. Tese (Livre Docência em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

- 26 CATANDI, N.A. Doença periodontal e necessidades de tratamento na clínica geral - estudo epidemiológico empregando o “Community Periodontal Index of Treatment Needs” - CPITN. *Odontol. Mod.*, v.15, n.8, p.39-49, 1988.
- 27 CHAVES, M.M. et al. *Odontologia Social*. 3.ed. Rio de Janeiro: Labor, 1986. 450p.
- 28 CUNHA, P.A.S.M.A. et al. A influência da idade e sexo na atenção odontológica em Clínica Integrada. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v.14, Suplemento Anais da 17^a Reunião Anual da SBPqO, p.109, 2000, Resumo B017.
- 29 DAVIS, R.K. et al. Perda dentária e substituição protética em Portugal. *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.*, v.24, p.293-309, 1983.
- 30 DOWNER, M.C. Caries prevalence in the United Kingdom. *Int. Dent. J.*, v.44, p.365-70, 1994.
- 31 ENTWISTLE, B.A., SWANSON, T.M. Dental needs and perceptions of adult hispanic migrant farmworkers in

colorado. *J. Dent. Hyg.*, v.63, p.286-92, 1989.

- 32 FALCÃO, A.F.P., DE MORAIS, A.A.S. Avaliação do estado de saúde bucal de policiais militares no 9º BPM/VC, Salvador-Bahia. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia*, v.12/13, p.20-8, 1992/1993.
- 33 FEDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. WORLD HEALTH ORGANISATION. Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower. Part I. *Int. Dent. J.*, v.35, p.235-51, 1985.
- 34 FRANDBSEN, A. Changing patterns of attitudes and oral health behaviour. *Int. Dent. J.*, v.35, p.284-90, 1985.
- 35 FRIEDENTHAL, M. *Salud y belleza através de los dientes*. Buenos Aires: J.H.Bell, 1960. 175 p.
- 36 GAMONAL, J.A., LOPEZ, N.J., ARANDA, W. Periodontal conditions and treatment needs, by CPITN, in the 35-49 and 65-74 year old population in Santiago, Chile. *Int. Dent. J.*, v.48, p.96-103, 1998.

- 37 GARRAFA, V. Proposta para um sistema de recepção, seleção, admissão, distribuição e controle de pacientes. *Ars Curandi*, v. 49, p.49-62, 1979.
- 38 GASPARINI, D.O., BURLLI, M.H. Determinación de las necesidades terapéuticas periodontales en la comunidad de Corrientes, Republica Argentina. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*, v.86, n.4, p.349-54, 1998.
- 39 GOMES, G.S., BORGES, S.R. Clínica Integrada. *ALAFO*, v.13, p.129-38, 1978.
- 40 GORDON, M. et al. Assessing the dental treatment needs of an adult Israeli military population. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.14, p.244-9, 1986.
- 41 GUBEISSI FILHO, W., SILVA, C.F., JORGE, W.A. Avaliação clínica das indicações de exodontias realizadas durante o 4^o ano letivo do curso de graduação em odontologia. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, v.13, n.1, p.11-5, 1995.

- 42 GUIMARÃES, M.M., MARCOS, B. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. *Rev. CROMG*, v.1, p.54-61, 1995.
- 43 HUNT, R.J., FANN, S.J. Effect of examining half the teeth in a partial periodontal recording of older adults. *J. Dent. Res.*, v.70, p.1380-5, 1991.
- 44 JOHANSEN, S.B., JOHANSEN, J.R. A survey of causes of permanent tooth extractions in south Australia. *Aust. Dent. J.*, v.22, p.238-42, 1977.
- 45 LACAZ NETTO, R. et al. Epidemiologia das doenças dentárias. *Odontol. Mod.*, v.16, n.9, p.7-15, 1989.
- 46 LEVERETT, D.H. Meeting prosthodontic needs with expanded-function auxiliaries. *J. Prosthet. Dent.*, v.35, p.68-70, 1976.

- 47 LOCKER, D., SLADE, G.D., LEAKE, J.L. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. *J. Dent. Res.*, v.68, p.768-72, 1989.
- 48 MAROTTI, M., ALCÂNTARA, S.B. Influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico da FO/UFRGS. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, v.33, p.41-7, 1989.
- 49 MARRA, E.M.O. et al. Estudo comparativo dos atendimentos realizados no pronto socorro odontológico (PSO) da Universidade Federal de Uberlândia no biênio 88/89. *Rev. CROMGS*, v.1, n.1, p.1-8, 1995.
- 50 MATTIN, D., SMITH, J.M. The oral health status, dental needs and factors affecting utilisation of dental services in Asians aged 55 years and over, resident in Southampton. *Br. Dent. J.*, v.170, p.369-72, 1991.

- 51 MEDEIROS, E.P.G. Necessidades de tratamento odontológico em operários de São Paulo. *O Incisivo*, v.9, n.1, p.13-21, 1970.
- 52 MEDEIROS, U.V. Percepção da necessidade de saúde bucal pela comunidade. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.43, p.120-4, 1989.
- 53 MEDEIROS, U.V., CARVALHO, J.C.C. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.44, p.165-70, 1990.
- 54 MEEUWISSEN, R., ESCHEN, S. Prosthodontic treatment and retreatment of 845 servicemen. *J. Prosthet. Dent.*, v.53, p.425-7, 1985.
- 55 MIYAZAKI, H. et al. Profiles of periodontal conditions in adults measured by CPITN. *Int. Dent. J.*, v.41, p.74-80, 1991.

- 56 MONTANDON, A.A.B. *Aplicação do índice de necessidades de tratamento periodontal comunitário (“CPITN”) em população que demanda atendimento em clínicas de ensino da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP, 1991. Araraquara, 1992. 189p. Dissertação (Mestrado em Periodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.*
- 57 MOREIRA, B.W., OLIVEIRA, S.P. Programa de integração docente-assistencial. II: análise dos resultados de 1985 e 1986. *Rev. Bras. Odontol.*, v.45, p.24-32, 1988.
- 58 MOREIRA, S.G. Análise da clientela que consultou em 1973 na Faculdade de Odontologia de Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que deixou de reconsultar em 1974. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, v.21/24, p.53-65, 1979/82.

- 59 MOREIRA, S.G. Considerações sobre trabalho educativo-preventivo a nível comunitário. *Rev. Fac. Odontol. P. Alegre*, v.33, n.1, p.26-7, 1992.
- 60 MOSHA, H.J. et al. Oral health status and treatment needs in different age groups in two regions of Tanzania. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.22, p.307-10, 1994.
- 61 MOTTA, R.G., ALBUQUERQUE, V.L.T. Organização e implantação do serviço odontológico em uma indústria mecânica S/A. *Rev. Bras. Odontol.*, n.1. p.34-9, 1983.
- 62 MOURA, W.L., EUGÊNIO, M.J.E., SILVA, E.F. Causas determinantes de exodontias na clínica cirúrgica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí. *R.A.S.P.P.*, v.1, n.1, p.71-83, 1998.
- 63 MUÑOZ CHÁVEZ, O.F. *Necessidade de tratamento odontológico dos pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP no período de 1994-1996.* Araraquara, 1998. 164p. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) – Faculdade de

Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

- 64 NARVAI, P.C., FRAZÃO, P., CASTELLANOS, R.A.
Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade*, v.1, n.1/2, p.25-9, 1999.
- 65 NYYSÖNEN, V. et al. Subjective need of removable denture treatment in finnish adults. *J. Oral Rehabil.*, v.14, p.393-8, 1987.
- 66 ÖWALL, B.E., TAYLOR, R.L. A survey of dentitions and removable partial dentures constructed for patients in North America. *J. Prosthet. Dent.*, v.61, p.465-70, 1989.
- 67 PADILHA, W.W.N. et al. O desenvolvimento da disciplina de clínica integrada nas instituições de ensino odontológico no Brasil. *Rev. Pós-Grad. Univ. São Paulo*, v.2, p.193-9, 1995.

- 68 PADILHA, W.W.W., ROCHA, R.G., TORTAMANO, N.
Evolução da carga horária em Clínica Integrada no período 1980-1998. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v.14, Suplemento Anais da 17^a Reunião Anual da SBPqO, p.109, 2000, Resumo B015.
- 69 PERAZA, C.R. Perfil del paciente que solicita atención en la facultad de odontología de la U.C.V. *Acta Odontol. Venez.*, v.28, p.25-31, 1990.
- 70 PEREIRA, M.G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995. 583 p.
- 71 PEREIRA, A.C. et al. Índice de necessidades de tratamento em odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços. *F.O.L.*, v.11, n.2, p.16-22, 1999.
- 72 PERES, M.A.A., ROSA, A.G.F. As causas da queda da cárie. Programa de saúde bucal com ênfase na prevenção reduzem a cárie. *RGO*, v.43, p.160-4, 1995.

- 73 PETERSEN, P.E. Effectiveness of oral health care-some Danish experiences. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, v.88, n.1-2, p.13-23, 1992.
- 74 PETERSSON, L.G. et al. Oral status and estimated treatment need in Swedish air force conscripts. *Swed. Dent. J.*, v.13, p.69-76, 1989.
- 75 PIEDADE, E.F. *Avaliação quantitativa das atividades clínicas dos alunos de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas*. Piracicaba, 1977. 51p. Tese (Livre Docência em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, UNICAMP.
- 76 PINTO, V.G. *Saúde bucal: panorama internacional*. Brasília: Ministério de Saúde, 1990. 260p.
- 77 PINTO, V.G. Índice de cárie no Brasil e no Mundo. *RGO*, v.44, n.1, p.8-12, 1996.

- 78 POLLICK, H.F. et al. The estimated cost of treating unmet dental restorative needs of Mexican-American children from southwestern US HHANES, 1982-83. *J. Public Health Dent.*, v.51, p.195-204, 1991.
- 79 POWELL, R.N., McENIERY, T.M. The brisbane statistical division survey of adult dental health 1984. *Aust. Dent. J.*, v.33, p.109-15, 1988.
- 80 PRUSKIN, E. et al. Filosofia de la extension docente en endodoncia. *Rev. Assoc. Odontol. Argent.*, v.78, p.89-93, 1990.
- 81 PRUSKIN, E. et al. Análisis de los tratamientos endodónticos realizados en la Clinica Asistencial y de Capacitacion. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*, v.87, n.1, p.30-7, 1999.
- 82 RAZAK, I.A., JAAFAR, N. Dental needs, demands and patterns of service utilization in a selected Malaysian urban population. *Community Dent. Oral Epidemiol.*,

v.15, p.188-91, 1987.

- 83 REINHARDT, J.W., DOUGLASS, C.W. The need for operative dentistry services: projecting the effects of changing disease patterns. *Oper. Dent.*, v.14, p.114-20, 1989.
- 84 RESTREPO, O.J. Algunas consideraciones sobre la enseñanza de la Odontología Integrada, con relación especial a la periodoncia y la oclusion. *Temas odontol.*, v.10, n.98, p.479-96, 1969.
- 85 ROMAN, A., POP, A. Community periodontal index and treatment needs value (CPITN) in a factory worker group in Cluj-Napoca, Romania. *Int. Dent. J.*, v.48, p.123-5, 1998.
- 86 SAMPAIO, L.A. *Verificação das alterações gengivais dos dentes submetidos a trabalhos protéticos fixos, em clientes da clínica integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara*. Araraquara, 1987. 78 p. Tese (Livre Docência em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.
- 87 SAMPAIO, L.A. et al. Exame clínico: seqüência, material e instrumental. Ajuda do pessoal auxiliar. *Odontol.*

Clín., v.4, p.127-31, 1994.

- 88 SÃO PAULO (Estado). Universidade Estadual Paulista. Resolução UNESP n. 27, jun. 1984. Estabelece a estrutura curricular do curso de odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara. *Diário Oficial*, São Paulo, v. 94, n. 105, p.16, 1984. Seção 1.
- 89 SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998*. São Paulo, 1999. 94p.
- 90 SHIP, J.A., SHIP, I.I. Trends in oral health in the aging population. *Dent. Clin. North Am.*, v.33, p.33-42, 1989.
- 91 SILVA, R.C. Panorama de saúde bucal no Acre. A edentação preocupa. *Odontol. Mod.*, v.20, n.1, p.6-8, 1993.
- 92 SILVA, R.C. Odontologia e os índios da Amazônia. *J.*

Assoc. Paul. Cir. Dent., v.31, n.476, p.8-10, 1997.

93 SILVA NETTO, C.R. Experiência de atendimento voluntário odontológico em centro comunitário. *Rev. Bras. Odontol.*, v.44, p.42-6, 1987.

94 TOBIAS, B., SMITH, J.M. Barriers to dental care, and associated oral status and treatment needs, in an elderly population living in sheltered accommodation in west Essex. *Br. Dent. J.*, v.163, p.293-5, 1987.

95 VERTUAN, V. *Estudo das condições de cárie dental, doença periodontal, higiene oral e próteses em adultos de diferentes classes sociais em Araraquara*. Araraquara, 1979. 98 p. Tese (Livre-Docência em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

96 VIGILD, M. Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.17, p.102-5, 1989.

- 97 VIVALDI, L. Clínica integral para la comunidad en la enseñanza odontológica. *ALAFO*, v.7, p.23-9, 1972.
- 98 WISSA, A.A., ZAHRAN, M.A. Evaluation of governmental dental health services in rural health centers in Egypt. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.16, p.16-8, 1987.
- 99 ZIMMERMAN, M., BORNSTEIN, R., MARTINSSON, T. An estimation of dental treatment needs in two groups of refugees in Sweden. *Acta Odontol. Scand.*, v.48, p.175-82, 1990.
- 100 ZENÓBIO, E.G. et al. Epidemiologia das doenças periodontais: perfil mundial. *Rev. CROMG*, v.2, n.2, p.83-6, 1996.

Anexos

MUÑOZ CHÁVEZ, O.F. *Avaliação do Ensino na Clínica Integrada da Faculdade de odontologia de Araraquara-UNESP em função do Planejamento Global de Tratamento e sua execução*. Araraquara2002. 178p. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de odontologia, Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Julio e Mesquita Filho”.

Resumo

Foram analisados 176 prontuários gerais da Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP, referentes aos pacientes atendidos no período de 1999 e 2000, assim como, os planejamentos realizados pelos alunos, através do odontograma para plano de tratamento e seqüência dos trabalhos a realizar e confrontados os dados com o tratamento realizado no odontograma de trabalho executado, a fim de determinar a eficácia da disciplina quanto ao cumprimento das necessidades dos seus pacientes. Foram realizadas tabelas e gráficos utilizando o software EPIINFO 6.0 e aplicada a estatística Kappa para conhecer a concordância das atividades realizadas e planejadas. Conclui-se neste período de estudo que o grupo etário 25-34 anos foi o mais significativo e o sexo feminino (62,5%) procurou mais atendimento; com relação as necessidades odontológicas encontrou-se que 97,6% de pacientes que necessitaram exodontias; 78% raspagem e polimento dental, 67% restaurações estéticas, 59,5% próteses parciais removíveis; 53,4% próteses unitárias; 46,1% endodontias; 44% próteses fixas; 43% cirurgias periodontais; 22% restaurações de amálgama e 5,7% próteses totais. Para os tratamentos realizados foram encontrados respectivamente; 98,7%; 68,7%; 62,6%; 24,5%; 31%; 44,3%; 8,9%; 38%; 20% e 4,2%. Ressaltando que a disciplina de clínica integrada foi eficaz quanto ao cumprimento do seu objetivo de ensino, voltado para a formação do clínico geral em odontologia apesar de possuir deficiências quanto a satisfação integral das necessidades dos seus pacientes através dos tratamentos evidenciados nos planejamentos globais.

Palavras-chave: Clínicas odontológicas; Assistência odontológica integral; tratamento odontológico- necessidades.

MUÑOZ CHÁVEZ, O.F. Evaluation of the teaching in the Integrated Clinics of the Araraquara dental School- UNESP in function of the Global Planning of treatments and your execution. Araraquara 2002 . 178 p. Tese (Doutorado em Odontologia) –Faculdade de Odontologia , Câmpus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho” .

Abstract

The 176 patients who received treatment from 1999 to 2000 in the Integrated Clinics of the Araraquara Dental School- UNESP , where choused for this study. The treatment register for the treatment plan and clinical sequence of treatment was confronted the data with the treatment accomplished in the plan of the executed treatments , in order determine the effectiveness of the discipline with relationship to the execution of your patient’s needs. Table and graphics were accomplished using EPIINFO 6.0 software and to applied the statistics type Kappa (k). It was concluded that during this period of study the groups aged from 25-34 years was the most significant and the women looked more for attendance ; in relation to the dental needs it was observed that 97,6% of the patient’s need extraction; 78% scaling and dental polishment; 67% esthetic restorations; 59,5% partial removable dentures; 53,4% unitary fixed prosthesis; 46,1% endodontics; 44% fixed prosthesis; 43% periodontal surgery; 22% amalgam restorations and 5,7% total dentures. For the accomplished treatments they were observed respectively; 98,7%; 68,7%; 62,6%; 24,5%; 31%; 44,3%; 8,9%; 38%; 20% and 4,2%. The integrated clinics discipline was effective with the relationship to the execution of your teaching objective, general clinicians formation in dentistry , in spite of deficiencies as the total satisfaction of your patient’s needs through the treatments evidenced in the global planning.

Keywords: Dental clinics; Comprehensive dental care ; Dental treatment – needs.