

JOSÉ ROBERTO RODRIGUES

**PROPOSTA DE UM MODELO DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA EM SAÚDE COLETIVA
FUNDAMENTADO NA PREVENÇÃO DA CÁRIE E COM A
PARTICIPAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR.**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Dentística Restauradora.

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Angelis Porto

Co-Orientador: Prof. Dr. Jaime Renato
Furquim de Castro

Araraquara - SP
1.995



Apresentação gráfica e normalização de acordo com:

RIBEIRO, J.F. et al. *Roteiro para redação de monografias, trabalhos de cursos, dissertações e teses*. São José dos Campos, 1993.

RODRIGUES, J.R. *Proposta de um modelo de assistência odontológica em saúde coletiva fundamentado na prevenção da cárie e com a participação de pessoal auxiliar*. Araraquara, 1995. 239p. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

“À memória daqueles que, diariamente, são afetados pela cárie e outras doenças bucais, sem assistência e decisão governamental, vítimas do sistema e da incompreensão dos que detêm o poder, apesar do avanço da Odontologia e do progresso tecnológico da indústria de materiais dentários.”

De: José Cripta

Adaptação : José Roberto Rodrigues.

“...cada época e cada geração elaboram a sua maneira de pensar, transmitem-na e constituem, assim, as marcas características de uma comunidade. Por isto, cada um deve participar na elaboração do espírito do seu tempo.”

(Albert Einstein)

“A hora é na hora,
Antes da hora
ainda não é hora;
depois da hora
não é mais hora”

(Provérbio militar)

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Manoel e Rosa, pelo carinho, educação e amor com que me criaram.

Aos meus filhos queridos: Mônica, Camila, Flávia, Francisco e Leonardo, por representarem a minha maior fonte de inspiração e felicidade.

À minha mulher Salete pelo amor, compreensão e apoios nesses anos todos.

Aos meus irmãos, Antônio e Vera Lúcia, pela amizade e fraternidade com que me envolvem pela vida-a-fora.

À Iracema (Nena) pela dedicação com que cuidou de nossas filhas e pelo apoio constante.

Aos meus cunhados e amigos meus agradecimentos pela motivação. Deus lhes pague.

Aos meus parentes todos minha gratidão e minha mais sincera admiração.

Ao Prof. Dr. Fábio de Angelis Porto (in memorian)

Sinto-me feliz e privilegiado por estar, neste momento, prestando uma homenagem a um dos pioneiros da Odontologia, no setor da Orientação Profissional. Com certeza, fostes um dos precursores em vossa especialidade e um dos vaticinadores da prática odontológica moderna.

Fundamentastes conceitos e princípios que culminaram com a entronização da Odontologia de Equipe, onde a racionalização do trabalho, a adoção de preceitos ergonômicos e a delegação de tarefas e responsabilidade constituem, atualmente, a tríade fundamental desta profissão.

Pertencestes à uma linhagem rara e cada vez mais escassa de homens, a dos imprescindíveis. E, ainda, tive a honra em ter-vos como orientador.

Compartilhei de vossas observações exatas, de vossos conselhos seguros e de vossa atenciosa e cordial amizade.

Fostes um guia objetivo e sem atropelos e, por isso, carregarei comigo esta luz que em vós parecia estar sempre de plantão. Meus sinceros agradecimentos, minha perene admiração e muita saudade.

Ao Prof. Dr. Jaime Renato Furquim de Castro

Agradeço a vossa disposição em assumir a função de orientação deste trabalho e bem sei o quanto isto representa para vós.

Estais consternado, ainda, pela perda de vosso orientador, amigo e companheiro. No entanto, tenho como certo que nenhuma outra pessoa estaria mais apta para, por fim, assentar estas idéias e convicções que foram compartilhadas por ambos.

À ninguém reservou o fortuito destino, a não ser ao senhor, o término dessa empreitada. Coube a vós rematar as proposições do ilustre mestre.

Tenho certeza que vossa anuência em orientar-me na fase final deste trabalho é um testemunho cabal de vossa sincera admiração e amizade pelo saudoso professor Fábio de Angelis Porto, sendo ainda, uma demonstração de cortesia para comigo. Sinto-me, verdadeiramente honrado.

Obrigado.

Aos professores do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP, meus cordiais agradecimentos.

Disciplina de Dentística Restauradora

Professora Maria Amélia Máximo de Araújo

Professor José Benedicto de Mello

Professor Délcio Pasin

Professor João Cândido de Carvalho

Professora Regina Célia S. Pinto

Professora Rosehelene Marota Araújo

Professora Filomena R.L. Huhtala

Professor Sérgio Eduardo P. Gonçalves

Disciplina de Endodontia

Professor Jaime Freitas Ribeiro

Professor Alberto Siqueira e Silva

Professora Ana Paula Gomes Martins

Professora Márcia Carneiro Valera

Agradeço, em especial, aos meus caros mestres que com sua sabedoria, cortesia e exemplos pautaram minha vida acadêmica e, se não pude corresponder às suas expectativas, culpas não lhes cabem. Minha gratidão sincera aos meus iniciadores odontológicos:

Professor Délcio Pasin

Professor Newton José Giachetti

Professora Maria Amélia Máximo de Araújo

Professor José Benedicto de Mello

Agradecimentos,

Ao Prof. Dr. Rogério Lacaz Neto, ex-Diretor da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Junho de Araújo, Diretor da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP.

Ao Prof. Dr. Luiz Roberto de Toledo Ramalho, Diretor da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

Ao Prof. Dr. Celso de Angelis Porto, Ex-coordenador Geral dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

À Profª. Drª. Maria Salete Machado Cândido, atual Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

A todo corpo docente do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, pela competência e dignidade com que assume suas funções.

Aos Professores do Departamento de Materiais Dentários e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, onde fiz bons amigos e fui tratado com carinho alentado.

À Disciplina de Dentística da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, onde também fiz bons amigos, transitei com liberdade e recebi atenção diferenciada. Meus renovados agradecimentos.

Ao Prof. Dr. José Cláudio Martins Segalla (Caco), o meu emocionado agradecimento por compartilhar de sua amizade sadia e cativante e, ainda mais, pelo exemplo indelével de como ser um docente, sem penalizar o humano.

Aos meus caros colegas de Curso de Pós-Graduação em Dentística em nível de doutorado, da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP : Carlos, Geraldo, Caco, Pimenta, Silvio, Mânio e Popóla, meus agradecimentos e, já, com saudades.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, mestrado na época, da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP : Érico, Osmir, Silas e Telmo, pelos momentos de amizade e devaneio.

Ao colega José Augusto Dantas (Gustinho) - “in memoriam” - que conosco conviveu, estudou e que agora deixa saudades.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara: Profa. Dra. Maria Devanir Figlioli, Prof. Dr. Renato Luis Terence, Profa. Dra. Leonor de

Castro Monteiro Lofredo, Profa. Dra. Monica da Costa Serra, Prof. Dr. Maurício Meireles Nagle e Prof. Dr. Valdemar Vertuan.

À competente Maria Lúcia Santoro, secretária do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da FOA-UNESP, pela revisão e digitação da parte preliminar da minha tese.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, pela amizade e carinho com que me envolveram nestes anos de convívio.

À Tirza pela ajuda com as referências deste trabalho, a quem muito agradeço.

À Maria José de Faria, pela elaboração final e competente deste trabalho.

A todos os meus amigos e pessoas que de alguma maneira colaboraram na efetivação deste trabalho e que por acaso possa eu, neste momento, estar esquecendo.

Agradeço a cortesia e os serviços das funcionárias do Departamento de odontologia Social da Faculdade de odontologia de Araraquara: Giselda Aparecida Bortari Teixeira, Creusa Maria Hortenci Coelho, Margarete Bueno de Moraes Consolaro e Maria Aparecida Patrone Kammer.

Obrigado a todos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3. PROPOSIÇÃO.....	83
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	84
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	92
6. CONCLUSÕES.....	154
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157
ANEXOS.....	180
RESUMO.....	234
SUMMARY.....	237

1 INTRODUÇÃO

O Brasil está categorizado entre os países que apresentam condições de saúde bucal das mais precárias e acanhadas do mundo.

Esta insuficiência gera um zelo todo especial por parte dos diversos organismos e instituições internacionais de saúde. Estamos relacionados entre os países que nada ou quase nada fizeram, na década de oitenta, para reverter ou minimizar esta situação de penúria e deterioração bucal.

Apesar disso, as ciências e as tecnologias relacionadas à Odontologia não param de evoluir e adquirir novos destaques no panorama científico contemporâneo.

Este, sabe-se, é o objetivo da ciência : a busca contínua da melhoria das condições de vida da humanidade. Assim, toda e qualquer pesquisa tem como meta o levantamento de questões, a discussão da realidade e a solução dos problemas cotidianos.

A saúde bucal do país encontra-se numa situação que intima estudos urgentes e soluções rápidas. Não se pode retardar mais o que configura-se premente.

A maioria da população, cerca de 80%, não conta com suficiente amparo próprio ou governamental que lhe assegure uma assistência odontológica integral, a não ser em umas poucas e

privilegiadas regiões deste país. A grande parcela da população está na dependência de sua própria sorte e destino.

Com isto advém a inevitável deterioração do sistema estomatognático, como um todo, já que nem só os dentes são afetados pelas enfermidades bucais. Os dentes apenas representam os elementos mais comprometidos desse sistema, atacados e corroídos que são pela cárie, sem dúvida a enfermidade de maior prevalência e incidência na população brasileira.

Portanto, é missão da Odontologia, como profissão de saúde, preocupar-se com esta situação constrangedora da comunidade e envidar esforços convencionais e preventivos para a alteração dessa condição.

A prevalência e a incidência de cáries e a busca de sua erradicação têm sido usadas como justificativas para a autorização e o reconhecimento de inúmeros cursos de Odontologia, dos quais emanam, anualmente, um contingente considerável de profissionais para a comunidade.

Os profissionais são muitos e mal distribuídos. As especialidades também já são numerosas, atingindo a mais de uma dúzia.

Esta é a atual característica e o enfoque tradicional da Odontologia que surgiu, evoluiu e estabeleceu-se como uma profissão destinada a resolver problemas já instalados, como se fosse impossível evitá-los.

Hoje, felizmente, conhecem-se os fatores etiológicos da maioria das enfermidades odontológicas e mais, sabe-se que são

perfeitamente evitáveis. O uso rotineiro e racional de medidas preventivas específicas impede a instalação dessas doenças que estão aí a ocupar um grande número de profissionais. Estes, mal conseguem solucionar os problemas atuais, pois eles são progressivos, dinâmicos e, conseqüentemente, por demais ativos.

Nos serviços públicos de assistência odontológica concentra-se a grande massa dos profissionais ativos do país. Motivo : a cárie é um problema de saúde pública internacional e sua debelação requer medidas conjunturais de grande porte científico e cultural .

Seria assombroso o empenho de todos os profissionais disponíveis para reparar, em parte, os danos causados pela cárie. Trabalhariam em período integral durante 7 a 10 anos e após concluída esta etapa haveriam surgido novas e alastrantes cáries.

Os gastos seriam astronômicos e impossíveis de serem assumidos, apenas pela comunidade. E a cárie é uma doença peculiar. Parece aumentar em severidade à medida que o nível de vida e nutrição da população aumentam, ficando mais sujeitos às guloseimas sem qualquer conteúdo nutricional. Entretanto, apesar de relacionar-se com a alimentação, a cárie não parece ser uma doença da nutrição porque o alimento produz seu efeito deletério na boca, antes de ser ingerido.

Como a cárie, diferentemente das outras afecções, parece aumentar à medida que a situação de vida melhora, dá-se-lhe especial importância no campo da Saúde Pública.

Em 1976, Porto¹¹⁸ preconiza uma nova caracterização da profissão, pretendendo uma racionalização dos serviços odontológicos, uma simplificação das etapas de tratamento e uma

divisão de responsabilidades com pessoal auxiliar treinado, adequadamente. Vislumbrava-se, então, uma nova era para a prática da Odontologia.

Uma análise mais acurada e realista da situação odontológica brasileira fez-se, então, necessária. A literatura está repleta de citações e orientações detalhadas sobre como atuar-se diante dessa doença cosmopolita e tão prevalente na humanidade que é a cárie.

Contudo, cá no Brasil e em grande parte da América Latina, continuamos ainda imersos em um mar de cáries de todos os tipos e extensões.

As novas técnicas e os recentes materiais surgidos através de pesquisas abalizadas na área odontológica é que devem orientar os passos e comportamentos clínicos do dia-a-dia dos consultórios, clínicas e serviços públicos de atendimento odontológico.

O que acontece afinal? Há conhecimentos suficientes; existe a possibilidade da implementação de medidas preventivas eficazes no combate às cáries; tem-se pessoal habilitado suficiente e a demanda para tais necessidades não faltam.

Talvez o problema seja estrutural, administrativo, político ou uma combinação destes fatores.

Tofler¹⁴², em 1980, vaticina que uma nova civilização está por vir. Uma nova sociedade, diz, está emergindo e, no entanto, em toda parte há incrédulos, incapazes e inquietos tentando suprimi-la. Ele mesmo, ainda ressalta que qualquer sociedade decente e capaz deve conceber um sentimento de comunidade que contrabalanceie a

solidão, dando às pessoas uma sensação de pertença, vitalmente necessária.

O anseio é geral e basta motivar adequadamente a sociedade para que este desejo surja mais perceptível. Não podemos perder mais esta oportunidade, pois todos estamos querendo mudar.

O indivíduo, portanto, deseja ser útil e participativo, querendo envolver-se com os processos de decisão que relacionam-se com o seu bem-estar e o do seu próximo.

Por sua vez a população, principalmente aquela que demanda centros comunitários de atendimento odontológico, continua, em sua maioria, com pouca perspectiva de que sua condição bucal melhore, enquanto o sistema vigente de assistência odontológica teima em continuar com uma filosofia anacrônica para a maioria das regiões deste país.

Em alguns locais os núcleos assistenciais oferecem serviços produtivos e com qualidade, mas isto corre por conta de uns poucos abnegados e altruístas renitentes.

A Seplan / CNPq¹³³, em 1982, alerta para as chamadas doenças da placa (cárie e enfermidade periodontal) como as que devem merecer maior atenção dentro do panorama odontológico do país. Chama também a observação para a época de intercepção do profissional, pois este pormenor determinará o tipo de Odontologia que será prestado à comunidade: curativa ou preventiva.

Em 1986, Cobra & Zwarg⁴¹ discorrem sobre as características comercializáveis dos serviços de saúde. Para eles, os serviços de saúde são produtos intangíveis, que não se pegam, não se

apalpam, que geralmente não se experimentam antes da compra, mas que permitem satisfações que compensam o investimento despendido pelos clientes. O marketing desses serviços tem aumentado ultimamente, haja vista a proliferação dos seguros privados de saúde com cobertura cada vez mais ampla.

Esta visão, embora moderna sob todos os aspectos do conhecimento humano, reluta em tornar-se aceita pela maioria dos profissionais responsáveis pela gerência e coordenação de serviços odontológicos públicos.

Alguns até propalam algo parecido em palestras, aulas, conferências e debates, mas não põem-na em prática. Acham difícil vender esta mercadoria: saúde coletiva.

Esbarra-se, sempre, na falta de recursos.

Toda imperfeição, toda desventura e toda falta de qualidade neste setor tem como desculpa e justificativa os numerários. Os serviços não funcionam ou atuam reduzidamente, por causa da falta de dinheiro. É o que ouvimos, desde que existem esses núcleos assistenciais públicos, em qualquer atividade de saúde.

Pinotti¹¹⁵, em 1986, alerta para esta mania da falta de dinheiro. Para o autor, na verdade, dinheiro sempre existiu. O problema é o seu emprego quase sempre inadequado.

O que falta é uma organização e um atendimento básico onde as prioridades sejam os problemas do dia-a-dia dia e não as contingências e especialidades.

Um outro argumento vem de Ackoff³, em 1988, que afirma: "...quanto mais desenvolvidos se tornam os indivíduos, as

organizações e as sociedades, menos dependem de recursos e mais podem fazer com qualquer recurso que tiverem. Também têm a capacidade e o desejo de criar ou obter os recursos de que precisam...”.

Nossa situação, no entanto, é complexa. Segundo estudos de Cepal³⁶ e de Lopes & Gottschalk⁸⁹, todos de 1990, o Brasil, em função de seu tamanho e de seus problemas internos, concentra o maior contingente de indivíduos pobres de toda a América Latina. Com isto atinge-se situações embaraçosas particularmente nos centros urbanos maiores, com o aumento da violência e da criminalidade como consequência.

Tal situação dificulta ainda mais qualquer interesse e tentativa de implantação de serviços assistenciais em saúde, e isto em qualquer nível.

Como se não bastassem todas essas dificuldades já conhecidas e mais aquelas que por ora desconhecemos, há ainda uma desmotivação explícita por parte daqueles que são encarregados da sistematização, implementação e coordenação desses serviços, com raras e plausíveis exceções.

É certo que não cabe aqui e muito menos é propósito deste trabalho avaliar e apontar as causas dessa desmotivação, embora ela seja cada vez mais perceptível nesse ramo de atividade.

A concentração de esforços no sentido de reunir sob uma mesma filosofia administrativa, técnica e terapêutica, todos os serviços de saúde, certamente é o “sonho impossível” de todos quanto atuam neste setor.

A implantação de uma prática padronizada, objetiva e integral nos serviços de saúde coletiva é, e sempre será, uma tarefa também coletiva, visto que demanda esforços advindos de todos os segmentos da sociedade produtiva da nação.

A saúde nacional é alvo de constantes discussões, reuniões e debates, resultando quase sempre em alterações apenas semânticas e ideológicas. Os resultados para o social, porém, continuam tímidos e declinantes.

As discussões têm sido amplas e vigorosas, mas as conseqüências ainda restritas, demagógicas e de curto alcance para os cidadãos. As carências essenciais jamais são repostas integralmente, e isto gera um mal-estar comunitário com potencial, quem sabe, beligerante.

Basta um correr d'olhos pelos principais jornais e revistas para comprovar-se a veracidade das afirmações acima.

Mesmo assim, pretende-se reunir neste estudo argumentos e experiências de autores e profissionais especializados para ter-se uma visão mais real e científica da saúde bucal da comunidade, particularmente a da região pesquisada. Não que se desprezem as fontes leigas de informações, mas até para corroborá-las, quem sabe.

Trabalhos e investigações competentes têm sido realizados com o intuito de formular-se uma ideação em serviços assistenciais de saúde coletiva compatível com a realidade sócio-econômica do país.

A concepção de uma Odontologia que consiga satisfazer os anseios da comunidade como um todo nem sempre é compartilhada. Existem empecilhos burocráticos, filosóficos e políticos que emperram a fluência planejada.

Embora os problemas sejam muitos e óbvias as necessidades, interpõem-se, ainda, percalços culturais quase intransponíveis nesta jornada. Então, o problema permanece muito debatido, bem explorado, convenientemente divulgado, mas sem uma solução efetiva.

Entende-se que a prática odontológica deve basear-se numa filosofia centrada no paciente e integrada em todas as suas fases de tratamento. O paciente deve ser entendido e exigido como um colaborador-facilitador que toma decisões conjuntas com a equipe odontológica.

Ao paciente devem delegar-se atribuições e cuidados personalizados de saúde bucal, tão necessários ao êxito final do tratamento e à imprescindível manutenção dos níveis de higiene conseguidos. (Woodall et al.¹⁵⁴, 1992)

A prevenção racional é a única maneira de se conseguir a amenização dos graves problemas sociais que deparamos na sociedade, conseqüentes da marginalização a que estão sentenciados os seus membros menos favorecidos. Esta privação inclui a assistência à saúde bucal, levando, por conseguinte, às progressivas e conseqüentes fraudações ao longo da vida.

Tanto a terapêutica convencional como a preventiva, que se impõem atualmente, devem ser oferecidas à comunidade, porque

tem-se demanda para ambas. Apenas, porém, com a prevenção consegue-se alterar, positivamente, este cenário de dor e disfunção causado pela cárie. (Marques⁸⁶, 1993).

Entre os elementos relacionados com o bem-estar, a primeira característica para se aferir o desenvolvimento e o progresso de um país é a saúde de sua população. Esta é uma prioridade indispensável, sendo meio e fim do desenvolvimento.

A maioria dos tabus na área de saúde está sendo gradativamente dissipada em decorrência de um sentimento atual que é a necessidade de se ajudar coletivamente e de se solidarizar com o próximo.

Não é mentira que algumas campanhas, como as de vacinação infantil, as para angariar grandes somas em dinheiro para tratamento no exterior e as contra a fome e a miséria se transformaram em verdadeiras cruzadas nacionais.

Quem sabe não se precisa é de um envolvimento deste porte para combater-se a cárie ou outra enfermidade bucal. É necessária uma nova estruturação coletiva que envolva toda uma compunção nacional.

Mais uma vez impõe-se dar prioridade ao atendimento primário e adaptá-lo à cada região, pois com isto estaremos ampliando o diagnóstico precoce, por exemplo, e oferecendo maior possibilidade de prevenção às doenças não instaladas.

O tratamento tenderá a tornar-se mais barato e eficiente.

E o problema da universidade brasileira com sua estruturação vigente? Será que ela também não influi na concepção e filosofia de prática dos serviços de atendimento em saúde coletiva?

De fato, a maneira como são delineados, na universidade nacional, a pesquisa, o ensino e o atendimento à comunidade faz que antes de atenderem de modo adequado e eficaz as necessidades sociais, terminam por reforçar, ainda mais, os padrões da prática existente, que é extremamente voltada para uma diretriz curativa e dispendiosa. Entretanto, a universidade deveria ser o agente de mudança social e cumprir este papel que dela se espera.(Pinotti¹¹⁵, 1986).

É certo que a profissão odontológica está ciente de que não pode atender as necessidades totais de saúde bucal da comunidade. As necessidades são maiores que os efetivos recursos existentes e isto expõe a real magnitude do problema da cárie no Brasil.

Por este lado estamos, de fato, liquidados. Contudo, deve haver um “jeito nacional”; deve existir um meio simples e inovador que demova dentistas, auxiliares, governantes e comunidade deste marasmo e incite-os a solucionar esta situação de premência.

Nota-se nos núcleos assistenciais odontológicos de perfil comunitário, como também nos consultório e clínicas particulares, que geralmente o cliente é concebido e tratado de maneira padronizada, estereotipada, exaurindo a assistência em cada pessoa. Não há uma integração efetiva entre o paciente e os membros da equipe odontológica.

É necessário que toda a comunidade venha a colaborar e a participar, consciente e democraticamente, dos processos inevitáveis de mudança que já se fazem sentir.

Não se pode esquecer de que a saúde é um fator essencial da vida humana e um bem, um valor que supera todos os outros ao longo de toda a vida do indivíduo. Portanto, a participação da comunidade e de cada indivíduo é decisiva e fator imprescindível de êxito.

Sobre isto há um consenso geral intuitivo, como o há sobre a doença, que é considerada a ausência de saúde e uma situação corporal, mental e social oposta àquela.

Diante dos problemas que as doenças bucais apresentam, não se pode desconsiderar a contribuição que a proteção à saúde representa para o desenvolvimento da economia social, pela participação na manutenção e aperfeiçoamento da força de trabalho. Assim, ao diminuir-se a morbidade e a mortalidade, decorrentes do desequilíbrio entre o homem e o seu meio, faz-se aumentar o grupo de trabalhadores ativos e produtivos, e ao prolongar-se a capacidade de trabalho do pessoal qualificado e melhorar a produtividade, a proteção à saúde leva ao aumento do rendimento nacional.

Portanto, a saúde requer análise competente e patriótica e não o esconder-se sob concepções inúteis, oportunistas e eleiçoeiras. O país sofre com isto e, logicamente, repassa seus dissabores e frustrações aos seus cidadãos.

Uma outra questão a ser considerada e que, por vezes, percorre os noticiários é a da insuficiente remuneração dos

profissionais empregados pela administração pública. Seus rendimentos são causas freqüentes de greves e paralisações, afetando o desempenho desses setores.

Os servidores públicos, por causa dos rendimentos insuficientes, quase sempre, têm “dupla-atividade”: atendem nos postos assistenciais comunitários e nos consultórios e clínicas particulares, com ligeiro favorecimento para a segunda atividade.

Os serviços de saúde devem constituir-se em empenho para a melhoria da saúde e não em atividades de assistência à doença. Resta saber como isto deve ser feito.

Essa prestação de serviços de saúde bucal à comunidade precisa assentar-se num setor de intervenção de saúde pública muito elaborado e desenvolvido, com autoridades em Saúde Pública provindas de todas as áreas das ciências afins, com poder amplo e responsável de decisão e notar-se pela eficiente e rápida aplicação, em qualquer local e em qualquer domínio de risco que possa afetar o bem-estar de todos os indivíduos.

No entanto, é preciso atentar-se para as características mosaicais da sociedade brasileira, onde cada “ladrilho” representa características multifacetadas e encerra uma quantidade apreciável de carências.

Há necessidade de gerar-se conscientização, motivação e ações específicas para que surjam propostas novas de assistência odontológica coletiva que centrem-se na prevenção da cárie e conte com a ajuda efetiva de pessoal auxiliar treinado e responsável, além de adequadamente motivado.

Não se pode ignorar o papel dos equipamentos, especialmente os móveis, transportáveis e simplificados, na atual estruturação da prática odontológica comunitária.

A justificativa é a constante valorização do ser humano e a melhoria constante da qualidade de vida.

Diante dessas evidências compartilhadas pela maioria dos pesquisadores da área, é que nos obrigamos a estudar mais o assunto. Pela observação de vários serviços de atendimento odontológico coletivo, através de entrevistas sistemáticas com pessoal envolvido e por uma significativa revisão da literatura pertinente sentimos a necessidade de propor um modelo de assistência odontológica coletiva, baseado na prevenção da cárie e com ajuda e participação efetiva de pessoal auxiliar.

Como todas as diretrizes apresentadas são de Saúde Pública implicarão em estratégias de abrangência coletiva, buscando atingir a comunidade em sua totalidade.

Convém ressaltar que embora saibamos das dificuldades por que passa a saúde bucal em grande parte do território brasileiro, existem regiões onde a mesma assume perfis de primeiro mundo. Possui coordenação especializada, pessoal comprometido com os anseios e prioridades de saúde bucal da comunidade, além de equipamentos adaptados às condições locais de atendimento.

O pessoal auxiliar também é devidamente treinado e motivado, gerando assistência satisfatória e não raras vezes, exemplar.

O enfoque maior é para a prevenção e para o cuidado total do paciente. Com isto, toda carência de saúde, e não apenas a odontológica, procura ser satisfeita.

A participação da comunidade é muito importante nesta filosofia de assistência à saúde, pois dela despontam os futuros auxiliares, os cooperadores voluntários, os críticos e os fiscais contínuos desses serviços.

Dessa interação plena e construtiva advêm os frutos positivos para toda a comunidade, onde os procedimentos clínicos preventivos constituem o objetivo maior. A participação de pessoal auxiliar e o emprego sistemático de equipamentos simplificados transportáveis tornam a maioria desses serviços eficientes e produtivos.

Esperamos que com os dados observados e documentados desses centros odontológicos possamos idear uma proposta nova, mas não única, de assistência odontológica pública, onde o controle efetivo da cárie seja a norma prioritária.

Talvez possamos ratificar princípios vigentes de prevenção à cárie ou retificar alguns conceitos ainda não muito bem estabelecidos, pois nem tudo que parece funcionar, academicamente, pode ser útil e eficaz quando aplicado em nível comunitário.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Não podemos deixar de assinalar a importância em si de uma revisão de literatura, para qualquer trabalho científico e buscamos de Tamayo y Tamayo¹³⁹, em 1988, a seguinte argumentação: “a revisão da literatura é o fundamento da parte teórica da investigação e permite conhecer em nível documental as pesquisas relacionadas com o problema apresentado. Assim, achamos ser oportuna a lembrança e o não esquecimento, durante toda a revisão literária, de que ela representa a essência da teoria do problema aplicada aos casos e circunstâncias concretas e semelhantes àquilo que se investiga.”

Convém ainda registrar que, muitas vezes, optamos por citações longas em virtude de serem consideradas imprescindíveis para uma compreensão mais ampla e conclusiva do pensamento dos autores.

Achamos também que uma divisão de literatura em tópicos pertinentes ao assunto seja mais didática e coloque o leitor em situação de se familiarizar com possíveis termos de compreensão mais específica. Julgamos também que os conceitos, à medida que vão surgindo no texto, sejam explicados facilitando a compreensão global do mesmo.

2.1. Conceitos gerais de saúde

Um conceito importante e necessário à compreensão da questão cárie-saúde bucal-saúde geral é o de placa bacteriana que segundo a OMS¹⁰⁶, em 1960, define-se como: “uma entidade bacteriana proliferante, enzimaticamente ativa, que se adere firmemente à superfície dentária e que por sua ação bioquímica metabólica, tem sido proposta como agente etiológico principal no desenvolvimento da cárie e doença periodontal.”

Em 1973, Kloetzel⁷⁶ afirma que a Odontologia emprega os conceitos médicos e epidemiológicos de incidência e prevalência, utilizando-se de inquéritos para determinar a saúde da população. Para este autor, os critérios mais comumente empregados encaram apenas a integridade do dente em si, não se preocupando com as estruturas vizinhas ao mesmo. É o CPO, que expressa a história pregressa e atual da saúde dentária, com relação à cárie dentária.

Outro conceito interessante é o de motivação que, segundo Angelini⁸, em 1973, é a explicação do porquê da conduta humana. Afirmou, na ocasião, que isto não era preocupação apenas da Psicologia Científica, mas tema de indagações filosóficas de pensadores e cientistas de todo o mundo.

O motivo é definido como sendo “uma antecipação de uma mudança afetiva”. Seriam tensões criadas, geralmente, por estados deficitários, talvez daí o termo necessidade, que dariam energia ao organismo para a busca ou restabelecimento de um equilíbrio rompido.

Para Engstrom & Mackenzie⁵⁶, em 1975, motivar é conseguir que o paciente entenda e siga instruções no sentido de mudar suas atitudes anteriores. A motivação para alcançar resultados tende a aumentar à medida que o paciente tem oportunidade de participar das decisões que afetam aqueles resultados procurados.

Pinto¹¹⁶, em 1977, em seu excelente trabalho de mestrado, conceitua **sistema incremental**: “é um método de trabalho que visa o completo atendimento de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idade e problemas. Possui, ainda, uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência de problemas, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um problema educativo fornece apoio a estas ações. É empregado usualmente nas escolas, pela facilidade que proporcionam as unidades de ensino como agrupamentos fechados de pessoas e pela ênfase epidemiológica que corresponde à faixa etária. No entanto, sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser aplicada a outros grupos.”

Em 1978, Medeiros⁸⁹ alerta que dentre as enfermidades da boca, as que mais cuidados requerem dos profissionais de saúde pública e do clínico geral estão as cáries e as doenças do periodonto.

Segundo Ferreira⁵⁷, em seu Dicionário de Bem-Estar Social, de 1982, “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades. Este conceito é concordante com o da OMS¹⁰⁶, de 1960. O gozo de um nível elevado deste estado é um direito fundamental de cada indivíduo

sem distinção de raça, religião, condições sociais ou econômicas. A boa condição sanitária de todos os povos é fundamental para que se alcance a paz e segurança e depende da mais estrita cooperação entre os indivíduos e o Estado. O desenvolvimento de qualquer país na promoção e proteção da aludida condição é importante para todos os outros. Desenvolvimento desigual na sua promoção, no controle da doença e, principalmente das doenças transmissíveis é um perigo comum... A extensão a todos os povos do benefício dos conhecimentos da medicina, psicologia e ciências conexas é necessária ao desenvolvimento do índice sanitário. Informações para o público e cooperação deste são de grande importância no melhoramento daquele. Os governos têm grande responsabilidade para com este problema.”

Continuando, ainda, com Ferreira⁵⁷ temos:

1. “Saúde pública é a aplicação da higiene e da medicina curativa à uma comunidade, com os próprios recursos desta. Em comunidades ricas, seus órgãos não executam serviços de medicina curativa.”...
2. “Saúde pública é o conjunto de conhecimentos e atividades que têm por objeto a proteção à saúde: a) voltados para o diagnóstico e tratamento individual e b) voltados para a saúde coletiva.”
3. “Características da saúde pública: a) exige uma equipe multiprofissional; b) deve partir do diagnóstico o mais amplo possível dos determinantes do nível de saúde da população.”

Para Katz et al.⁷³, em 1982, a cárie é uma enfermidade que se caracteriza por uma seqüência complexa de interações químicas

e microbiológicas, dando como resultado a deteriorização final do dente caso o processo não seja detido.

Segundo os autores acima, clinicamente, a cárie se caracteriza por uma alteração de cor do esmalte e dentina, perda da translucidez da estrutura do esmalte e descalcificação dos tecidos envolvidos. A cavitação seria o resultado final.

Em 1983, Pinheiro¹¹⁴ dá uma definição restrita de cárie dentária como sendo uma destruição progressiva dos tecidos duros do dente, provocada pela ação de microorganismos encontrados no meio bucal.

Menaker⁹², em 1984, emprega o termo cárie dentária para identificar uma doença microbiológica que ataca os tecidos calcificados dos dentes, iniciando com uma dissociação localizada das estruturas inorgânicas de uma dada superfície do dente por ácido de origem bacteriana e culminando com uma desintegração posterior da matriz orgânica.

Ainda, com relação a placa bacteriana temos que para Goiris⁶⁷, em 1984, a mesma consta de um depósito orgânico que, geralmente, envolve e cobre a película adquirida, formando uma camada estrutural mole, amorfa e granular sobre as superfícies dentárias.

Mendes & Marcos⁹³, em 1984, referindo-se à Odontologia Simplificada, definem-na: “é a prática profissional que permite, através da padronização, uma diminuição de passos e elementos do supérfluo, tornando mais simples e barata a Odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados.”

Para Capistrano Filho et al.³³, em 1985, a saúde dentro dos princípios ideológicos da democracia encerra uma série de entendimentos, tais como:

1. o reconhecimento da saúde como um direito universal e inalienável, comum à todos os cidadãos, e a promoção ativa e permanente de condições que possibilitem a preservação da mesma;
2. o reconhecimento do caráter sócio-econômico global das seguintes condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;
3. admissão de uma responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;
4. o reconhecimento, finalmente, do caráter social deste direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supramencionadas.

Krasse⁸⁰, em 1986, identifica também alguns conceitos importantes que devem ser listados:

1. Prevalência ou freqüência de cáries

- representa o número total de dentes ou superfícies dentárias cariadas em uma população, independente de terem recebido ou não tratamento.
- o modo mais comum de se registrar isto são os chamados índices C.P.O.D. (dentes cariados, perdidos e/ou restaurados) ou C.P.O.S. (superfícies dentárias cariadas, perdidas e/ou restauradas).

2. Atividade ou incidência de cáries

- determina, em termos gerais, a velocidade com que a dentição é arruinada pela cárie. Em termos matemáticos representa a soma de novas lesões cariosas e o aumento das lesões de cárie por unidade de tempos ($I_c = \Sigma Inc/t$), sendo I_c = incidência de cárie; ΣInc = somatória de lesões novas de cárie e t = tempo.

3. Risco real de cárie

- descreve até que ponto um indivíduo, em determinada época, está sujeito a desenvolver lesões de cárie.
- baseia-se na história dental progressa, estado atual e em exames complementares específicos.

4. Pacientes de risco

- diz-se do indivíduo com potencial alto para contrair uma doença, cárie no caso, devido às condições genéticas ou ambientais.

Em 1986, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde²⁸, concluiu-se entre outras coisas, que o direito à saúde significa a garantia, pelo *Estado*, de condições dignas de vivência e de acesso integral e igualitário às ações de serviços de promoção, de proteção e recuperação da saúde. Isto em todos os níveis e para todos os cidadãos brasileiros, objetivando alcançar o pleno desenvolvimento do ser humano em sua individualidade.

Diniz⁴⁹, em 1987, afirma que a expressão incremental foi empregada na administração de serviços de Odontologia Sanitária há pouco menos de meio século, oriunda de uma experiência de tratamento comunitário, com sigla IDC que significa Incremental Dental Care e traduzida como Sistema de Tratamento Incremental.

Berlinguer¹⁸, em 1988, sobre a saúde: “é um processo dinâmico e contraditório resultante da confluência (com ou sem coerência) das políticas sociais e econômicas, das transformações do meio ambiente e do meio de trabalho, do desenvolvimento científico, da formação da força de trabalho em saúde e das mutações neste setor”.

Para Newbrun¹⁰⁰, em 1988, a cárie constitui-se em uma doença multifatorial e na qual se verifica a interação de, pelo menos, três fatores principais: o hospedeiro (dente e saliva), a microbiota e a dieta. Acrescentou-se depois o fator tempo que deve sempre ser considerado.

Também em 1988, Thylstrup & Fejerskov¹⁴⁰ emitem conceitos semelhantes aos do autor anteriormente citado e afirmam: a cárie é considerada como resultado de três fatores principais: o hospedeiro, a microbiota e o substrato ou dieta.”

Os autores acima, também em 1988, sobre o índice CPO, afirmam que o mesmo pode ser usado, tomando por base o dente (CPO) ou a superfície do dente (CPO-S). O índice CPO representa o total de dentes ou superfícies cariados (c); perdidos (p) e obturados (o), por cárie, expressando a experiência total de cáries de uma pessoa por ocasião do exame dentário.

Quanto aos termos “assistência” e “atenção”, Ferreira⁵⁸, em 1988, esclarece que “assistência” é o termo correto, embora possamos também lançar mão do termo “cuidado”. O termo “cuidado” foi usado na versão em português do Relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata, diz o autor. Deve-se, segundo ele, deixar

de modo definitivo o termo “atención” para a língua espanhola. Diz ele, por fim: “mas os assuntos não se esgotam, o que se esgotam são os homens que pensam sobre os assuntos”.

Sabetti¹³¹, em 1991, discorre sobre a idéia de saúde expandida, em seus vários níveis energéticos: o chinês, o nani (do Oriente Médio) e o ayurvédico (Índia) e afirma que os três crêem na totalidade básica do relacionamento psique/emoção/corpo.

Brown et al.³⁰, afirmam em 1991, ser paradoxal que o mais duro dos tecidos do corpo humano seja o mais amplamente afetado em todo o mundo. Isto referindo-se à prevalência e incidência de cárie na humanidade.

Continuando os autores afirmam que entender e praticar o diagnóstico etiológico das cáries é uma ferramenta muito útil, uma vez que se pode referir este diagnóstico a um tratamento precoce, pois há lesões cariosas de esmalte que podem ser tratadas por métodos não invasivos como a fluoretação, a higienação e os selantes.

Cordón & Garrafa⁴⁴, em 1991, diante dos modismos e das várias interpretações sobre saúde, afirmam: “estão à procura de uma nova epistemologia da saúde, que avance qualitativamente no sentido de abandonar a interpretação da saúde como exceção para a saúde como normalidade, para uma saúde coletiva querida e desejada por todos.”

Falando sobre a prevenção, os autores acima acham que a mesma encerra uma verdadeira filosofia de ação e de trabalho odontológico e não apenas, um simples ato técnico. Assim ela se torna mercadoria e, portanto, dependente do processo de compra e venda,

acessível, então, a menos de 10% da nossa população e inacessível à esmagadora maioria dos trabalhadores e suas famílias. Continuam ainda: “a prevenção deve ser um processo conhecido e desejado por todos, apropriado por todos e não de propriedade de uns poucos. Deve estar ao alcance, seja na discussão ou na prática, de toda sociedade.”

Pagliari¹⁰⁹, em 1991 acha que a prática tradicional da odontologia encontra-se desvinculada da integralidade das ações de promoção da saúde, pois que, “considerando a boca, isoladamente, desvincula o indivíduo de seu todo.”

O mesmo autor acima, ainda, acha que a Odontologia deve assumir sua posição como prática de saúde, sustentada por um saber científico e dotada de instrumentos e técnicas necessárias à uma intervenção biológica e socialmente mais eficiente, constituindo-se em parte integrante da saúde integral do indivíduo.

Para Gonçalves & Silva⁶⁸, em 1992, falar em saúde significa abordar conceito com particularidades bem dinâmicas, baseado hoje, consensualmente, na rejeição de pressupostos passados e na afirmação de tantos outros já firmados. Para os autores, “falar de saúde significa, de outra parte afirmar a existência de um contínuo que vai desde o estado de perfeita higidez até os primeiros sinais e sintomas de uma afecção que, em seu agravamento, conduz à incapacidade ou à morte.”

Em 1993, Pinto¹¹⁷ discorre sobre o conceito de medidas essenciais e diz que elas são as tarefas e determinações que não podem deixar de serem levadas em consideração por parte de qualquer programa de saúde bucal, em qualquer nível. As medidas

complementares seriam as relacionadas a problemas e a grupos também prioritários, mas que poderiam ser equacionadas em um outro momento ou com menor relevância, considerando que o primeiro bloco venha a exaurir, por si só, com os recursos ou com as disponibilidades iniciais de tempo e de pessoal para aquela unidade de saúde.

Muito se fala, também, em serviços odontológicos comunitários e na existência de muitas odontologias. Além da Odontologia Social, agora denominada Odontologia em Saúde Coletiva, ouvimos falar em Odontologia em Saúde Pública, Odontologia Simplificada, Odontologia Comunitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Curativa e em muitas outras. Em 1993, Marques⁸⁶, ressalta que as duas Odontologias, referindo-se à Preventiva e Curativa, têm seu lugar dentro da filosofia de assistência integral ao paciente. Para o autor, a pouco citado, o que devemos ter sempre em mente é que a prevenção é a única maneira de conseguirmos amenizar os sérios problemas sociais que encontramos na comunidade, decorrentes de sua deteriorização bucal.

Narvai⁹⁸, em 1994, discorre uma cena ocorrida no Hotel Glória, Rio de Janeiro, aos 20 dias de abril de 1992. Desenvolvia-se a sessão plenária da I-ANEO - Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, convocada pelo Conselho Federal de Odontologia, para regulamentar a questão das especialidades odontológicas. Ao final daquela manhã, uma das especialidades odontológicas, a Odontologia Social, havia recebido uma nova denominação: Odontologia em Saúde Coletiva. Disto vale-se o autor para salientar a abrangência da nova

denominação, entendendo que esta substituição nominal seja mais ampla e classificadora que Odontologia Social.

Bellini¹⁷, em 1991, afirma que o desafio atual é muito menos de conhecimento sobre saúde bucal que de reeducação dos profissionais e da população em como considerar e o que esperar de sua saúde bucal. Suas propostas básicas:

1. educação do paciente em saúde;
2. monitorização do paciente segundo o seu risco de cárie;
3. centralização dos consultórios, clínicas e serviços comunitários em promoção de saúde bucal.

Bertoni¹⁹, em 1994, reafirma sua convicção de que as prestações de serviços devam mudar radicalmente, desde que se implante uma reengenharia humana. As pessoas não podem estar satisfeitas, e nem seus administradores, com o nível de atendimento, com o tipo de assistência e com os resultados obtidos em saúde pública em nosso país. É preciso mudar, não melhorar. A mudança deve ser total, radical e não apenas em alguns aspectos. A melhoria da qualidade de vida é uma exigência geral, atualmente.

2.2. Políticas de Saúde: planejamento, administração e dificuldades de implantação de serviços de saúde coletiva.

Alertando para as dificuldades de se reunir e convencer pessoas a se dedicarem a objetivos que resultem em uma atuação adequada, em qualquer tipo de atividade humana, Marx⁸⁷, em 1968, já

alerta para a importância de se conhecer alguns elementos de administração pública. Afirma o autor acima que “qualquer organização é um modelo de relações interpessoais. O grupo de trabalho não é uma criação social artificial, mas uma necessidade funcional aceitável pela maioria dos indivíduos”.

E continua Marx⁸⁷: “... a maior parte das pessoas que trabalham juntas, ao se incorporar ao grupo de trabalho, passam a confundir seu bem-estar individual com o do grupo.” ...“Se uma organização pretende atingir uma eficiência maior, ela deve suplementar o treinamento informal com programas planejados de aperfeiçoamento do seu pessoal.”

Várias medidas são utilizadas com a finalidade de amenizar tais problemas, sendo que há uma certa unanimidade em se destacar o papel da doação de procedimentos preventivos e de pessoal auxiliar treinado e motivado para esse empreendimento (Viegas^{147,148}, 1961, 1966; Dunning⁵³, 1968 e Chaves⁴⁰, 1986).

A ABENO, em 1972, 1979, 1987, 1988^{9,10,11,12}, por ocasião de suas reuniões periódicas sobre o formação e perfil dos futuros profissionais de saúde odontológica, afirma ser necessária uma atenção cuidadosa e realista quando da elaboração dos currículos odontológicos, visando a formação de profissionais interessados e sensibilizados com a situação bucal do povo brasileiro.

No caso dos serviços de saúde, depara-se com uma outra situação crítica: os mesmos não podem ser estocados e, uma vez produzidos, têm que ser imediatamente consumidos. Também não

podem ser protegidos por patentes, ao contrário, quase sempre são copiados e assim implementados (Rathmell¹²¹, 1974).

Rathmell¹²¹, ainda em 1974, estudando o problema do planejamento estratégico de serviços, pondera sobre os obstáculos que surgem por ocasião do projeto, coordenação e implantação de programas comunitários. Sintetizando as suas palavras de índole administrativa, podemos dizer que o planejamento estratégico de bens e serviços significa, em essência, estabelecer condições para a tomada de decisões, criando barreiras competitivas duráveis em relação ao ambiente de trabalho em que o bem ou serviço ocorra. “Nenhum negócio será duradouro se a empresa não levar em conta a necessidade de adaptar o seu serviço às transições, expectativas e necessidades de seus clientes.”

Segundo Engstrom & Mackenzie⁵⁶, em 1975, existem certas características imprescindíveis que, quando ausentes ou não convictas no pessoal, dificultam qualquer administração, programação e gerência. Para eles não saber planejar significa desconhecer meios de elaboração de um curso de ação para atingir um objetivo definido. A dificuldade de se tomar decisões é outro encalhe muito prevalente entre coordenadores, planejadores, gerentes e administradores.

Afirmam os autores acima que tomar decisões nada mais é do que chegar-se a uma conclusão lógica e, então, apegar-se a ela. O mesmo ocorre com a delegação de funções e responsabilidades. Delegar é transferir algumas de nossas responsabilidades aos subordinados ou auxiliares, embora mantendo o controle e exigindo prestação de contas pelos resultados.

Continuam ainda os autores anteriores: “Por em ação os planos significa eliminar as tarefas não essenciais; significa delegar tarefas a outros; significa aplicar-se ao planejamento antecipado em vez de consertar as falhas, em resumo significa mudar as atitudes de coordenador e planejador. Este pode ser o trabalho mais difícil que você já enfrentou.”

Chaves³⁹, em 1977, afirma que a implantação e a atuação em saúde pública é, e sempre será, uma tarefa coletiva, visto que demanda esforços de todos os segmentos da sociedade.

Alguns autores, em socorro aos organizadores e planejadores de programas de assistência odontológica pública, aos profissionais incumbidos de gerenciar grandes clínicas e, até mesmo, consultórios privados, avaliaram a presença e o emprego da informática no sentido de facilitar a coordenação e administração desses serviços. Foi assim que os estudos se aprofundaram, indo a colaboração da informática desde a elaboração da anamnese, diagnóstico, elaboração de planos alternativos de tratamento e registro evolutivo do tratamento, até a consecução de procedimentos burocráticos e administrativos (Novelli¹⁰³, 1977, Grec⁶⁹, 1986 e Sabbatini^{129,130}, 1986 e 1988).

A OMS¹⁰⁷, em 1978, recomenda para qualquer país, uma reserva mínima anual de 500 dólares por habitante para gastos com saúde.

Segundo Rosen¹²⁶, em 1979, a saúde bucal pública, como área de estudo e ação, existe porque o homem tem uma natureza social e biológica. “A doença não somente tem uma relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma determinada

população, como os cuidados médicos oferecidos também refletem a estrutura de uma sociedade, em particular suas estratificações e divisões de classe.”

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev- Saúde-Odontologia²⁷, em 1980, assinala as seguintes diretrizes básicas:

- é urgente promover a formulação de políticas de investigação em Odontologia;
- é recomendável adotar um esquema operacional que permita planejar e executar os distintos tipos de pesquisas compreendidas.

Outra grande dificuldade se refere ao manejo, propriamente dito, do paciente pelo profissional. Nesse sentido registramos as palavras de Bervique & Medeiros²⁰ que, em 1980, estudando o perfil do profissional da época, enfatizam o emprego do conhecimento das Ciências do Comportamento no exercício da prática odontológica.

Sobre o manejo e educação do paciente afirmam: “o comportamento do paciente odontológico, em grande parte, é determinado pelo seu nível de conhecimento e pelas informações, atitudes e crenças que possui em relação à Odontologia”.

A Seplan/CNPq¹³³, em 1982, declara que o Ministério da Saúde entende que as entidades nosológicas situadas no âmbito da Odontologia, podem ser agrupadas, sem maior risco de omissão, epidemiologicamente significativa, em dois grupos:

- as doenças (e suas seqüelas) originadas pela placa dental;

- as lesões da mucosa bucal, entre as quais se destacam o câncer bucal, as deformações congênitas (lábio leporino e fissura palatina), as maloclusões e os problemas causados por acidentes.

Segundo o relatório emitido, o primeiro grupo é, do ponto de vista social, o mais importante, por incluir as duas morbidades mais prevalentes nas pessoas. Uma delas é a cárie dental, com incidência predominante na infância e adolescência. Assinala o referido parecer que as atividades mais executadas pelos dentistas residem em esforços para a debelação das doenças do primeiro grupo. Segundo dados, ainda do relatório, a prevalência e incidência das doenças do primeiro grupo, principalmente a cárie, exigem mais de 90% do trabalho da grande massa dos odontólogos ativos do país. As cáries, como outras doenças da boca, são responsáveis por grande parte da dor e inconveniência do povo e de toda a nação.

Um outro fator preponderante no sucesso ou efetivação de programas odontológicos públicos é o conhecimento, por parte da comunidade, das reais possibilidades terapêuticas oferecidas pela prevenção, isto é, o conhecimento que o indivíduo deve ter de como manter a sua saúde bucal. São os conhecimentos e as aplicações de auto-cuidados. Diante disso, Vasconcelos & Silveira¹⁴⁵, em 1989, realizaram um estudo entre as pessoas que utilizam centros comunitários de atendimento com o intuito de verificar o conhecimento sobre auto-cuidados de saúde bucal entre elas. Procuraram avaliar se as pessoas são devidamente informadas e educadas sobre o que elas mesmas podem fazer para preservar sua saúde bucal. Observaram que apenas 34,9% da população avaliada tinham recebido informações a

respeito e que 81,9% apresentavam um valor máximo para um índice escolhido de higiene bucal.

O Ministério da educação^{96,97}, 1985 e 1990, publicou uma projeção com base no comportamento verificado entre 1984 e 1990 e indicou que no ano 2000 o Brasil deverá formar cerca de 7.269 odontólogos. Com isso o estoque de profissionais de Odontologia deverá alcançar o número de 115 a 130 mil dentistas.

O esclarecimento, através de informações detalhadas sobre o funcionamento, normas, serviços concedidos, linha filosófica da assistência e o perfil dos usuários são pormenores importantes para o atendimento adequado em serviços públicos que têm como meta a prevenção de cáries (Chaves⁴⁰, 1986).

Chaves⁴⁰, ainda, prossegue afirmando que o atendimento das privações crescentes de saúde com recursos humanos e materiais limitados, restritos em sua essência mais básica constitui, de há muito, o problema mais intrincado dos administradores de saúde.

Os fatores econômicos e sociais também têm sido reconhecidos como os principais determinantes das doenças e acarretam dificuldades posteriores de tratamento, educação, motivação e, principalmente, nutrição. Contudo, o fator renda é o mais importante na determinação do estado nutricional do indivíduo, o que repercute em seu nível de higiene bucal (Campino³², 1986).

Em 1986, Cobra & Zwarg⁴¹, estudando conceitos e estratégias de marketing de serviços, alertam para as dificuldades apresentadas por certas mercadorias e bens quanto à padronização e uniformização dos serviços prestados. Chamam a atenção para os

serviços que são baseados em pessoas, equipamento e materiais, sendo que o fator humano é o que mais prevalece. Por esta razão os serviços oferecidos são difíceis de serem produzidos de modo uniforme e padronizado.

A Conferência Nacional de Saúde Pública⁴², em 1987, afirma que a luta pela implantação de um sistema eficaz de assistência odontológica público apesar dos percalços com os recursos econômicos e humanos, obteve avanços significativos, embora limitados, em termos de uma efetiva melhoria nos níveis de saúde bucal e de cobertura populacional.

Segundo a Seplan/CNPq¹³⁴, em 1988, utiliza-se no Brasil o chamado modelo americano de atendimento que se caracteriza por uma individualidade na assistência, que é essencialmente curativo, sintomático e elitista. Segundo os estudos realizados por este órgão governamental, os equipamentos empregados são caros e sofisticados e reforça, entre nós, a opção pela filosofia curativa nas instituições responsáveis pela formação dos recursos humanos para a Odontologia.

Outra dificuldade que surge é a das condições adequadas de trabalho. Por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, segundo Dejours⁴⁸ em 1988, as seguintes ocorrências:

1. **ambiente físico:** temperatura, pressão, ruído, vibração, irradiação, altitude, etc.;
2. **ambiente químico:** produtos manipulados; vapores, gases e líquidos tóxicos; poeira, fumaça, etc.;
3. **ambiente biológico:** vírus, bactérias, fungos, parasitas e outros microorganismos;

4. as condições de higiene, segurança e,
5. as condições antropométricas do posto de trabalho.

Em 1988, Ackoff³, estudando a arte e as dificuldades da gerência, estabelece que a eficácia dos servidores só poderá ser maximizada se os seus valores e os da instituição não estiverem em conflito. Sustenta: “o grau de satisfação que temos, satisfazendo outras pessoas é diretamente proporcional àquele que nos é dado.”

Em seus estudos verifica ainda que é preciso estabelecer um plano de metas para os vários setores da organização, os quais passamos aqui a enumerar:

1. Deve conter uma formulação de objetivos que permita a aferição de seu progresso.
2. O plano de metas de uma instituição, qualquer que seja a sua atividade, deve diferenciá-la dos outros. Uma organização e uma empresa não podem querer o mesmo que os outros.
3. Deve definir o que se quer ter, não necessariamente o que se tem.
4. Deve ser relevante para todos os envolvidos, quer direta ou indiretamente, e para os objetivos da organização.
5. Deve ser envolvente e inspirador. É aí, então, que entra a motivação, o preparo e o treinamento dos componentes do grupo para reverter as dificuldades em verdadeira paixão pelo serviço.

Para Borges et al.²⁵, 1989, em um processo de planejamento a nitidez na definição dos objetivos é de suma importância. Um objetivo criterioso e claro, argumenta, necessita preencher, pelo menos, três requisitos:

1. ser específico;

2. ser coerente;
3. ser atingível.

Segundo Córdón & Garrafa⁴⁴, em 1991, uma outra dificuldade está em zerar os conceitos de caráter ideológico dominante centrado no biologismo e no mecanismo exagerado, com o conseqüente mercantilização das doenças, que têm como base de sustentação econômica a indústria farmacêutica, a dos materiais e equipamentos. Segundo eles, o preventivismo não trouxe consigo nenhum impacto social e nenhuma solução salvadora até agora.

Pinto¹¹⁷, em 1993, acha evidente que o modelo de prestação de cuidados odontológicos, predominantemente adotado no país, é incorreto, pois na prática a maioria da população não tem acesso a ele.

Ainda em 1993, Pinto¹¹⁷ afirma que a falta de uma política bem definida em âmbito nacional e a conseqüente ausência de uma estrutura básica do setor resultam na aquisição de poucos efeitos positivos pelo esforço e trabalho acarretado. Continua afirmando: “os serviços públicos, são em sua maioria, inadequados para a atual realidade sócio-econômica do país, bem como para a realidade epidemiológica do momento.”

Com relação às dificuldades de se implantar serviços de saúde comprometidos com a população, no sentido de bem utilizar os materiais, equipamentos e o dinheiro público, pôde-se ler na edição do dia 22 de novembro de 1994, em um jornal de São Paulo, o seguinte: “Brasília - A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investiga o Inamps concluiu relatório final em que aponta desvio de US\$ 1,6 bilhão

dos recursos públicos destinados à área de saúde ...” (Carneiro³⁴, 1994).

Segundo o relatório, “grande parte das fraudes no SUS está relacionada a guias de internação.”

O relator declara ainda: “Há um clima de impunidade e isso propicia a fraude.”

Com relação a questão da transferência de funções e responsabilidades, Porto¹¹⁹, em 1994, afirma que a delegação de tarefas implica na transformação de uma pessoa em outra, sendo que esta última passa a ter condições e poder para resolver e realizar parte de nossas atividades. Essa personagem desempenhará ações em nosso lugar, mas de acordo com nossa orientação.

É preciso atentar-se para a qualidade e eficácia da assistência em saúde coletiva, mas os serviços de saúde, com raras exceções continuam a ser curativos, sem controle e pouco eficazes, agravando cada vez mais a saúde bucal da nação brasileira. (Dussault⁵¹, 1994).

2.3. Características do pessoal envolvido (dentistas e auxiliares) e dos equipamentos utilizados.

Para Viegas¹⁴⁷, em 1961, os indivíduos encarregados das funções de apoio e complementação das atividades odontológicas, ou seja, o pessoal auxiliar, é de baixo nível de capacitação e desenvolvimento.

Abramovitz², em 1966; Castro³⁵, em 1973, Chasteen³⁸, em 1978, Allan⁵, em 1989, e Menezes⁹⁴, em 1990, ressaltam as funções, qualificações e sistemas de trabalho que melhor caracterizam o pessoal auxiliar, distinguindo-o como uma parcela significativa, importante e indiscutível de êxito para todo e qualquer sistema de assistência odontológica, quer público ou privado.

Em 1968, Robinson et al.¹²³ avaliaram conceitos de odontologia a quatro mãos e verificaram que o objetivo era conseguir um tratamento mais confortável para o paciente e operador. Perceberam também que conseguiam atender um número maior de pacientes e com um padrão de cuidados bem expressivos.

Segundo Marx⁸⁷, em 1968, as pessoas envolvidas em trabalhos que necessitem integração de funções, devem estar cientes dos princípios e conceitos do trabalho em equipe. A equipe seria:

- um pequeno número de pessoas (3 a 10 indivíduos);
- esses indivíduos devem possuir conhecimentos e experiências que podem ser enriquecidas pela complementação das idéias dos demais membros da equipe;
- esses indivíduos devem ser mutuamente responsáveis pelas tarefas desenvolvidas para atingir os objetivos preestabelecidos pelo grupo;

Simon¹³⁸, em 1970, apregoa a integração perfeita entre os membros da equipe odontológica para um adequado atendimento ao paciente.

O autor estudou a possibilidade de utilização de auxiliar odontológica, como parceria na confecção de “inlays”, e assimilou a

idéia de que isto era perfeitamente factível, desde que essa ajudante fosse treinada adequadamente.

Porto¹¹⁸, em 1976, já descrevia e comentava a montagem e o funcionamento de um centro de atendimento odontológico baseado em trabalho de equipe. Era o COE - CENTRO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO, sediado em São Carlos-SP e que até hoje serve de modelo e parâmetro para todos os interessados em trabalho de assistência odontológica em equipe.

Segundo Chaves³⁹, 1977, a distribuição de dentistas no país não depende apenas de fatores econômicos. Há também a influência de fatores educacionais, sociais e culturais, que constituem parâmetros importantes para as condições de vida de um comunidade e que influenciam a escolha de um profissional. Uma comunidade, por exemplo, pode oferecer alguma possibilidade econômica, porém, condições pouco favoráveis, de modo que o profissional não queira nela se instalar.

A OMS¹⁰⁷, em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, reiterava: “Atribuem alta prioridade á utilização integral de recursos humanos, definindo sua função técnica, suas qualificações de apoio e as atividades requeridas à cada categoria de profissional de saúde, de acordo com as tarefas que devam ser desenvolvidas para assegurar a eficácia dos cuidados primários de saúde...”

A mesma entidade internacional de saúde sugeria, ainda: “... tomem a si ou apoiem a reorientação e o treinamento, em

todos os níveis, do pessoal existente, e a revisão de programas de treinamento de novos agentes comunitários de saúde...”

Bijella²¹, em 1980, destaca que é preciso uma integração profissional-auxiliar para que os procedimentos dêem-se de maneira concatenada, lógica e com um mínimo de desconforto para o paciente e operador.

De acordo com o MEC/SESU⁸⁸, em 1981, não basta a utilização de equipamentos simplificados e bem projetados para obter-se uma eficácia melhor, é imprescindível que, realmente, haja uma integração de atuação, como o trabalho a quatro mãos, e, mais ainda, estímulo à formação de diferentes categorias de pessoal auxiliar, de modo a:

- incentivar entidades, além das escolas de Odontologia, a formar e treinar pessoal auxiliar odontológico.
- apoiar pesquisas operacionais, objetivando maior delegação de funções ao pessoal técnico e auxiliar, além dos já aprovados pelo Conselho Federal de Odontologia.

Em 1981, Eleutério & Silva Filho⁵⁴ afirmaram que o cirurgião dentista não podia prescindir da ajuda de pessoal auxiliar, pois sua produtividade podia aumentar de 30% a 70%, dependendo da atividade clínica. Os autores realizaram a pesquisa através de questionários enviados a 513 profissionais formados pela Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara e que possuíssem, pelo menos, três anos de atividade clínica. Além de outras, as questões solicitavam dados a respeito da utilização de auxiliar odontológica, bem como das suas funções desempenhadas em consultórios particulares e em

empregos públicos. Pelos resultados das 244 respostas recebidas puderam concluir que:

- dos 149 C.D. que trabalham apenas em consultório particular, 81% tinham o concurso da auxiliar odontológica;
- dos 77 C.D. que acumulavam consultório particular mais emprego, 74% tinham auxiliar no consultório e, apenas, 53% trabalhavam com auxiliar no emprego;
- dos 18 C.D. que trabalhavam, exclusivamente, como empregados, apenas 39% tinham ajuda e a presença efetiva de uma auxiliar.

As pesquisas mais abrangentes dedicadas ao papel das auxiliares odontológicas, contudo, têm sido realizadas na Faculdade de Odontologia de Araraquara, pela equipe do Departamento de Odontologia Social, especialmente pela Disciplina de Orientação Profissional (Castro³⁵, 1973; Eleutério e Silva Filho⁵⁴, 1981; Figlioli et al.^{59,60,61,62,63,64,e 65}; Porto^{118,119e120})

Aproveitamos para registrar a Resolução 157 do Conselho Federal de Odontologia⁴³, através do Informativo CROSP de 1987, que regulamentou o exercício das profissões de Técnico em Higiene Dental e de Atendente de Consultório Dentário, representadas pelas siglas THD e ACD, respectivamente. Silva¹³⁷, em 1984, estudou a formação e utilização de atendentes em consultório dentário por algumas instituições, no Rio de Janeiro. De suas observações concluiu que:

- a formação não supria a demanda no que diz respeito às instituições com potencial de absorção desta mão-de-obra, uma vez que era

freqüente o aproveitamento de pessoal não qualificado, mas treinado para exercer algumas das funções específicas de atendentes;

- as instituições de ensino que preparavam este tipo de profissional não os utilizam em sua plena função nas clínicas e extramuros e junto aos alunos de graduação e pós-graduação;
- esses cursos ainda não atendem e satisfazem, plenamente, às necessidades do mercado, na medida em que atendem uma grande maioria de crianças e não são ministrados conhecimentos específicos de odontopediatria;

A mesma autora sugeria na época:

- adequar a formação do pessoal auxiliar às necessidades da clientela, intensificando as noções de educação para a saúde;
- prepará-los para que possam auxiliar o Cirurgião-Dentista (THD e ACD) e o THD (ACD), ministrando-lhes conhecimentos específicos para as suas atribuições e outros, como de relações interpessoais, motivação, psicologia e racionalização do trabalho;
- acrescentar, quando da abordagem dos fundamentos de enfermagem, noções de primeiros socorros para as situações de emergência em Odontologia;
- incentivar e promover estágio profissionalizante regular em instituições que já utilizem pessoal auxiliar ou em clínicas apropriadas, a fim de evitar o prolongamento dos períodos de adaptação, propiciando assim, maior agilidade no processo de profissionalização;

- criar no serviço público a categoria de ACD, desestimulando o deslocamento e a adaptação de pessoal não devidamente treinado para o exercício desta função;
- recomendar que as Faculdades de Odontologia absorvam parte desta mão-de-obra, o que viria coadunar-se com o filosofia proposta pela Resolução nº 04/82 do Conselho Federal de Educação, que define os conteúdos dos cursos, no sentido de orientar o aluno de graduação para a racionalização do trabalho e delegação de funções.

Em 1985, Chapko et al.³⁷, coletaram dados sobre a delegação de funções a pessoal auxiliar entre fevereiro de 1979 e agosto de 1979; fevereiro de 1980 e agosto de 1980 e fevereiro de 1981, em Washington. Verificaram que cerca de 20,25% das funções exercidas eram delegadas a THDs (Técnicos em Higiene Dentária).

Analisando a gerência de trabalho em equipe, Amaru⁷, em 1986, afirma: “mais do que uma ferramenta de trabalho para determinados tipos de tarefas, o trabalho em equipe é um recurso primordial para a produtividade e uma técnica básica dentro da moderna gestão das organizações”.

Amaru⁷, no mesmo trabalho, continua: “a palavra equipe é comumente usada para designar um grupo de pessoas que trabalham juntas numa missão, projeto, departamento ou qualquer outra espécie de organização”.

A ordenação dos passos operatórios bem como a disposição dos equipamentos e instrumentos a serem utilizados devem

obedecer a parâmetros bem definidos de apresentação, disposição e ação, adequados ao tipo de intervenção planejada (Porto et al.¹²⁰, 1987)

Barr & Marder¹⁴, em 1987, diziam que com relação ao crescimento assustador dos portadores de HIV positivos, os profissionais atuais, diferentemente dos que exerciam a profissão em épocas anteriores, devem precaver-se e aos seus pacientes de possíveis riscos de contaminação. Assim, devem, estar aptos a se cuidarem e aos seus pacientes e auxiliares. As medidas básicas recomendadas pela A.D.A. são:

- uso rotineiro de óculos de proteção;
- uso de máscaras;
- uso de aventais;
- uso de luvas adequadas e seguras;
- uso de gorros;
- cuidado com os exsudados, radiografias e moldes;
- cautela nos procedimentos invasivos;
- atenção higiênica com os instrumentais e equipamentos;
- higiene e esterilização ou desinfecção de brocas e pontas;
- uso imperioso de agulhas e pontas descartáveis.

Ackoff³, em 1988, sobre os equipamentos como influenciadores da quantidade e qualidade do trabalho produzido, opinava que as instalações transportáveis e simplificadas são, particularmente, apropriadas em países menos desenvolvidos, atendendo às necessidades imediatas de cada região ou comunidade. Com isso, criariam novas oportunidades de negócios como também

poderiam contribuir, e muito, para o atendimento e desenvolvimento de setores mais carentes da sociedade.

Figlioli et al.⁵⁹, em 1988, em curso específico para Atendente de Consultório Dentário, em seu prefácio, enfatizam a importância de se treinar e preparar elementos coadjuvantes nos serviços odontológicos. Ressaltam o papel profícuo que representam para a consecução dos atos operatórios a presença de pessoal auxiliar.

Os mesmos autores, Figlioli et al.⁶⁰, em outra publicação, em 1988, apresentaram as funções da ACD e as normas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia (C.F.O.) que regularizam as atribuições das ACDs, como já vimos, anteriormente, na revisão que ora realizamos.

Ainda Figlioli et al.⁶¹, também em 1988, em seu curso extensivo para ACD, enfocam agora os conceitos e atributos de relações humanas que este pessoal deve possuir para desempenhar a contento seu papel.

A descrição, educação, trato com as pessoas e o manejo adequado da palavra são evidenciados na 3ª parte do curso, como requisitos indispensáveis ao pessoal auxiliar.

Ainda em 1988, Figlioli et al.⁶², na 4ª parte do curso, analisam as características dos equipamentos e ditam normas, absolutamente, obrigatórias, para que se efetive o trabalho auxiliado. Sem um equipamento preparado e apto para as ações de auxiliar, toda a filosofia de Odontologia a quatro mãos sucumbe.

O correto manuseio dos equipamentos também é fator decisivo para o atendimento integrado, afirmam os autores.

Em 1988, Dejours⁴⁸ analisava as empresas quanto às condições de trabalho e suas influências na vida e produtividade das pessoas. Dizia: “é no trabalho, mais especificamente, no modo como ele é organizado, que vem ser buscadas as causas da maioria dos problemas mentais. As causas, constatou-se, não são individuais e, se não, as soluções também não podem ser individuais”.

Para este autor, as organizações de hoje, quaisquer que sejam suas atividades, possuem um enorme contingente de pessoas nervosas, fatigadas, estressadas e, até mesmo, enlouquecidas. Isto está exigindo negociações entre os empregados e patrões, no sentido de considerar-se questões como:

- redução de jornada de trabalho;
- padrão de controle pelas chefias;
- trabalho parcelado, repetitivo e automatizado;
- conteúdo e significado das tarefas;
- questões ligadas à organização do trabalho.
- existência entre eles de um objetivo comum e formas de atuações consensuais;
- nenhum grupo pode ser considerado uma equipe, caso omita-se um dos requisitos acima, termina o citado autor.

Borges et al.²⁵, em 1989, afirmava: “todo o pessoal envolvido na execução e controle de um programa necessita ter motivações, habilidades, responsabilidades e conhecimentos à boa execução das tarefas que lhe forem delegadas. Para tanto, há de se estudar o pessoal envolvido, selecioná-lo e treiná-lo”.

Em 1990, Figlioli et al.⁶³, oferecem subsídios para a realização de exame clínico e radiográfico, que compõem a chamada documentação inicial. Nesta parte do curso, os pretendentes a ACD são treinados para confeccionarem uma completa e ordenada tomada de dados do paciente. O ACD tem delegação para fazer as anotações ditadas pelos dentistas, que resultarão na ficha clínica do paciente, bem como para a revelação e montagem das radiografias que, porventura, o paciente necessite.

Também em 1990, em outra etapa do curso, Figlioli et al.⁶⁴, discorrem e transmitem aos futuros auxiliares sobre a necessidade de se organizar e montar uma bandeja e mesa clínica.

Mostram como isto facilita as ações operatórias, ganhando tempo e mais serviços por unidade de tempo.

Em 1991, Figlioli et al.⁶⁵, iniciam a exposição detalhada e didática dos procedimentos operatórios em pacientes, com ajuda de pessoal auxiliar. São colocados de modo ordenado os diversos passos dos trabalhos odontológicos e as funções delegadas às ACDs. Os procedimentos restauradores são particularizados e explicados, de maneira que cada etapa seja cumprida pelo dentista e por seus auxiliares.

Serra & Porto¹³⁵, em 1991, acham que há necessidade de se adequar o equipamento para um atendimento mais eficiente e produtivo. Também são adeptos do emprego de noções básicas de racionalização do trabalho, sem as quais o padrão dos serviços oferecidos ficará aquém das necessidades reais da população.

Barros¹⁵, em 1991, avaliando a eficiência e o rendimento de um serviço odontológico, baseado em uma suposta filosofia correta de trabalho em Odontologia, achava que o aumento da produtividade está implicitamente ligado a esta nova filosofia administrativa em que a organização e equipamento simplificado para trabalho em dois ou mais equipos simultâneos são acompanhados pela desmonopolização da profissão. Isto implica no imprescindível uso de pessoal auxiliar capacitado para exercer as mais diversas e variadas funções.

De acordo com a Secretaria de Educação e Cultura do Distrito Federal⁵⁰, em 1977; com a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná¹¹⁰, em 1991, e com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia¹⁴³, em 1991, o uso de pessoal de nível técnico e de equipamento adequado, do ponto de vista ergologia e da tecnologia, possibilitou um aumento da produtividade nos trabalhos e uma redução dos custos, tanto de implantação dos serviços como de manutenção.

Serra & Porto¹³⁵, em 1991, afirmam que a utilização de pessoal auxiliar treinado consegue melhorar a produtividade em até 1/3. O profissional ganha tempo e energia, pois alguém faz parte do trabalho para ele, sem perda efetiva de qualidade.

Para Pagliarini¹⁰⁹, em 1991, nota-se que quando há uma capacitação de recursos humanos para a promoção da saúde bucal, antes da implantação de um programa de Odontologia para a comunidade, percebe-se uma mudança na postura dos profissionais envolvidos em relação a profissionais que não tiveram este treinamento prévio.

Segundo a ENATESPO⁵⁵, 1991, em seu documento final, apesar das profissões de THD e de ACD terem sido instituídas oficialmente em 1975, sua difusão tem sido muito lenta por causa da resistência da classe dos Cirurgiões-Dentistas que é detentora da reserva de mercado.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos¹³², em 1990, Lemos⁸¹, em 1991; Rosa et al.¹²⁴, em 1991, Pereira¹¹², em 1992; onde o pessoal auxiliar (THD e ACD) são utilizados, os resultados têm sido satisfatórios, tanto em termos de aumento da produtividade, quanto de redução de custos e de aceitação por parte da comunidade. Também o trabalho preventivo tem sido favorecido pela atuação do pessoal de nível técnico e auxiliar.

Com relação às atividades extramurais, Dockhorn & Hahn⁵², em 1992, afirmaram que mesmo não sendo o objetivo primordial das instituições de ensino a assistência odontológica da comunidade, as faculdades de Odontologia e as áreas de saúde acabam por se constituírem em locais onde se prestam esses serviços de assistência à saúde da população. Os mesmos estão cada vez mais requisitados devido, também, à grande crise econômica por que passa o país. Reforçam os autores: “neste sentido nada nos parece mais lógico do que proporcionar aos nossos alunos a experiência de atuarem em um núcleo organizado e, coerentemente, comprometido com a saúde da população”.

Pereira & Moreira¹¹³, em 1992, avaliando a utilização de auxiliares odontológicos, no que se refere à produtividade desses em serviços públicos, concluíram que na produção média semanal por

estagiário (dentista), em todos os tipos de serviços, houve um aumento de 28,2% para aqueles que trabalham com auxiliares. Na composição da hora clínica foi observado um aumento percentual de produtividade na ordem de 31,8%, com a utilização adequada de pessoal auxiliar.

Porto¹¹⁹, em 1994, transcreve e comenta em seu livro as atribuições desses profissionais parodontológicos:

- THD: é o profissional de nível de 2º grau que, sob supervisão do cirurgião-dentista, executa tarefas auxiliares no tratamento odontológico.
- ACD: é o profissional em nível de 1º grau que, sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Higiene Dental, executa tarefas auxiliares no tratamento odontológico.

Porto¹¹⁹, ainda em seu trabalho supracitado afirma “no estágio atual em que se encontra a Odontologia, é muito difícil concebermos o trabalho profissional sem auxiliar. É óbvio que isto implica em adequar o consultório para esse tipo de trabalho. Deve ser instalado um equipamento que possibilite colocar o paciente deitado e que permita o trabalho auxiliado”.

Conclui, ainda o autor dizendo: “infelizmente, a maioria das nossas faculdades de Odontologia não orienta o ensino para dar ao aluno um aprendizado, visando prepará-lo para atuar em clínica com produtividade.” ... “O dentista sozinho gasta cerca de 48% do tempo fazendo trabalho que seria destinado à pessoal auxiliar. Mesmo com pessoal auxiliar, o dentista perde tempo útil, porque o tempo de espera pode ser diminuído mas não eliminado”.

2.4. A cárie dentro do contexto de saúde bucal coletiva

2.4.1. Conceitos e revisões básicas

Com relação à localização das cáries, König⁷⁹, em 1963, afirmava que as de superfície oclusal são mais prevalentes que as outras superfícies.

Com relação à radiologia, a cárie é classificada, segundo o procedimento em: cárie clínica e cárie radiológica (Gibilisco & Stafne⁶⁶, 1978). Segundo esses autores, temos:

- as cáries clínicas são aquelas que se diagnosticam diretamente, mediante os métodos visual e tátil (espelho, sonda romba, evidenciadores de cárie, etc);
- as cáries radiológicas são as que por seu tamanho e localização podem ser visualizadas apenas pelos raios X. São exemplos as cáries interproximais incipientes;

A profundidade da cárie observada em uma radiografia corresponde à zona de desmineralização imediata à zona de destruição do tecido, ponto este onde a descalcificação produz uma alteração de absorção que é capaz de ser captada pelo negativo radiográfico.

Em 1983 Hyman⁷¹ e Bohaty et al.²⁴, 1989, por outro lado afirmaram que a identificação de indivíduos como grupos de risco na população permitirá a elaboração de uma política de saúde coletiva mais eficaz, uma vez conhecido o fenômeno da dicotomia: a maior prevalência e severidade de cáries concentra-se em uma grande parcela da população, que convive com outra parcela, menor, de indivíduos livres de cáries.

Em 1983, Pinheiro¹¹⁴ afirmava que as alterações morfológicas mais comuns da diminuição da resistência dentária são representadas pelas rugosidades da superfícies (sulcos e fissuras); defeitos estruturais (lamelas, estrias, etc) e outras alterações do esmalte. Em todas estas condições o resultado final é o aumento da porosidade do esmalte e, conseqüentemente, o aumento da sua permeabilidade aos agentes agressores.

Em relação ao diagnóstico da cárie, muitos autores são unânimes em afirmar a complexidade desta atuação. A discordância neste setor chega a ser relevante e refletem-se nas decisões de tratamento (Merret & Elderton⁹⁵, 1984).

Diante dessas dificuldades, Meiers & Jensen⁹¹, em 1984, afirmam que sempre que tivermos dúvida ou a lesão estiver em seus estágios iniciais, devemos optar pelo seu controle, evitando tratamentos invasivos irreversíveis e sintomáticos.

Segundo Menaker⁹², em 1984, a cárie é uma moléstia dos tecidos mineralizados do dente, envolvendo a formação de uma lesão que se caracteriza por uma progressiva desmineralização.

Adiante, Menaker⁹² continua, definindo desmineralização como sendo “a perda ou diminuição do constituinte mineral de um tecido. Na cárie, a desmineralização resulta na perda ou diminuição de íons cálcio e fosfato da hidroxiapatita”.

Nikiforuk¹⁰¹, em 1985, procurando o entendimento da cárie (etiologia, mecanismos básicos e aspectos clínicos) afirmou que a mesma era de característica multifatorial e dependia da inter-relação de

fatores primários-hospedeiro (dente), substrato (dieta cariogênica), microbiota - e de fatores secundários (saliva).

Em 1986, Krasse⁸⁰ mostrou que uma baixa velocidade do fluxo salivar relaciona-se, geralmente, com uma taxa aumentada de *S. mutans* e lactobacilos. Os valores médios para o fluxo salivar no adulto são:

- velocidade normal: 1 a 2 ml/min
- velocidade diminuída: < 0,7 ml/min
- xerostomia: > 0,5 ml/min

Quanto à capacidade-tampão são considerados como valores limites:

- normal: pH final variando entre 5 e 7
- baixa: pH final < 4

Para Walter et al.¹⁵¹, em 1987, a cárie é uma doença de alta prevalência no Brasil e, nos últimos anos, tem abrangido uma faixa etária de crianças entre 0 a 30 meses de idade.

Com relação à epidemiologia das cáries dentárias, Badenier & Mariño¹³, em 1987, afirmavam que ela constituía-se num problema de saúde pública em quase todo o mundo, considerando-se os seguintes critérios:

- **Frequência:** a cárie tem uma elevada prevalência, ainda, em todos os grupos etários;
- **Transcendência:** a cárie, por causa da educação e informação dada à população, adquiri uma valorização negativa, que reflete na demanda odontológica;

- **Vulnerabilidade:** a cárie, com o desenvolvimento de técnicas preventivas e conceitos de atenção integral, passou de uma patologia invulnerável para uma patologia vulnerável;
- **Custo:** a cárie representa um alto custo para os países afetados, especialmente no que se refere a preparação qualificada e profissional dos cursos humanos e tecnológicos.

Badenier & Mariño¹³, também em 1987, avaliando a magnitude das enfermidades dentárias em adultos maiores de 60 anos, afirmaram que a prevalência de cáries, universalmente, refere-se ao estado atual e passado de experiências com cáries, refletindo a história dessa doença através do índice CPO. Para efeitos epidemiológicos, os trabalhos como este intuitivo consideram como boca normal um total de 28 dentes. Assim, em âmbito epidemiológico temos:

- nível individual: $CPOD = C+P+O \leq 28$
- nível coletivo: $CPOD = C+P+O/N \leq 28$

onde:

C = número de dentes cariados

P = número de dentes extraídos (P_1) ou com indicação (P_2)

O = número de dentes obturados

N = número de indivíduos examinados

Então, continuam Badenier & Mariño¹³:

- dentes cariados + dentes com extração indicada ($C + P_2$) representam as atividades a serem realizadas, indicando as metas a cumprir dentro de um serviço.
- dentes obturados + dentes extraídos ($O + P_1$) indicam as metas desejadas, quando os serviços requerem avaliação.

Alaluusua et al.⁴, em 1987, examinaram cerca de 129 crianças em relação às cáries nas dentições decídua e permanente. Também avaliaram os níveis salivares de *S. mutans* e *Lactobacillus* para determinar se a presença de atividade cariosa podia ser confirmada usando testes bacteriológicos. Os resultados conseguidos foram:

- ficou comprovado que se uma criança estava isenta de cárie na dentição decídua, também teria um mínimo de cárie na dentição permanente.
- uma experiência de cárie na dentição decídua não se refletiria, necessariamente, na dentição permanente.
- a mudança de velocidade de cárie de uma dentição para outra pode ser decorrente dos métodos preventivos e de tratamento restaurador feito na dentição decídua.

Katz⁷³, em 1987, afirmava que o diagnóstico da comunidade iria permitir a alocação dos recursos governamentais de saúde aos grupos de maior necessidade de assistência, intensificando os cuidados preventivos.

Em 1988, Koch⁷⁷ dizia que justificava-se a busca de meios para a avaliação do risco de cárie, pois a predição da possibilidade de desenvolver a doença teria uma maior decisão ao se estabelecer os planos de tratamento.

Em 1988, Aaltonen¹ estudou em um grupo de 80 crianças de 4 anos, da zona rural e sob baixa concentração de flúor nas águas de abastecimento, a incidência de cárie. Verificou que a frequência do consumo de açúcar nas crianças correlacionava-se, de forma significativa, com o índice ceo-s aos 3 anos. O estudo também

confirmou que o consumo de açúcar tinha relação com as cáries das crianças.

Em 1989, Buischi et al.³¹, estudaram os níveis de *S. mutans*, principal microorganismo envolvido com a cárie, em escolares brasileiros. Queriam verificar a possível correlação do microorganismo com a prevalência de cárie.

Verificaram que é importante a identificação do risco de cárie dentro do planejamento, sendo motivo de êxito do tratamento. Definiram atividade de cárie como: “o número de novas lesões de cárie por unidade de tempo”, sendo este um fator importante no prognóstico do risco de cárie. A correlação entre prevalência de cárie e *S. mutans* salivar foi confirmada.

Outros conceitos importantes são o de especificidade, que é definida como “probabilidade de teste negativo (baixo risco) em indivíduo com baixo incremento de cáries” e o de sensibilidade, que define-se como a “probabilidade de teste positivo (alto risco) nas pessoas que subseqüentemente desenvolveram incrementos definidos de cáries em grande quantidade”. Estas observações referem-se aos testes bacteriológicos (Wilson & Ashley¹⁵², em 1989).

Birkhed²², em 1990, analisando dietas e comportamentos dietéticos com relação à cárie, afirmou:

- a cárie é realmente, uma doença multifatorial e, por isso, nenhuma variável individual, como apenas a dieta, poderia explicar o surgimento de cáries;

- a dieta, por si, é também multifatorial, pois tanto “o que” e “como” um indivíduo se alimenta são dois fatores importantes para a cárie dental, mas de alguma forma são independentes um do outro;
- a pegajosidade e a consistência da comida, isto é, o conteúdo e a propriedade orgânica do alimento, podem influenciar também no potencial cariogênico, na alimentação padrão, na velocidade de secreção salivar e no tempo de retenção dos resíduos alimentares na boca;
- o número de refeições ou merendas (pequenas refeições) por dia parece ser um dos principais fatores na patogenia da cárie dentária;
- houve um aumento nítido da prevalência de cárie com o aumento da frequência de lanches inadequados;
- o papel da educação em saúde é reduzir a ingestão de açúcar que é um fator urgente e do qual todos os setores da sociedade deveriam participar.

Os seguintes fatores devem ser apreciados quando da avaliação do risco de cárie (Birkhed²², 1990):

- informação fornecida pelo paciente
- idade (dentes recém-erupcionados)
- condição social (afetam os hábitos e a dieta)
- ocupação sistêmica (podem alterar o fluxo salivar)
- exame clínico (análise de experiências passadas com cárie)
- número de dentes atacados
- localização
- aspectos clínicos da lesão

- velocidade de formação e quantidade de placa
 - influi no desenvolvimento da lesão
 - seu controle favorece a motivação para a limpeza
- informação sobre a dieta
 - frequência da ingestão de açúcares fermentáveis
 - importante para direcionar as mudanças de hábitos
 - a redução do consumo de açúcar acarreta redução no incremento de cárie
- análise na função salivar
 - o papel do tamponamento dos ácidos e sua ação remineralizante
 - correlação entre o número de unidades formadoras de colônia (UFC) de estreptococos do grupo mutans por ml de saliva, associado ao pH salivar, com a atividade de cárie.

Em 1991, Kinmear & Forgay⁷⁵ afirmaram que o exame clínico não prediz atividade nem indica susceptibilidade à cárie, porque a relação entre agentes microbianos (*S. mutans*) e cáries dentárias só é possível através de um método que determine o nível da bactéria em pacientes que estão tendentes a um alto risco de cárie e que também auxiliem na diminuição da susceptibilidade.

Noronha et al.¹⁰², em 1991 pesquisaram, através de um exame clínico e radiográfico, a prevalência de cárie em superfícies proximais de dentes posteriores. Avaliaram o nível de erro do modelo de exame tátil-visual, através do levantamento daquelas lesões, rotineiramente não diagnosticadas devido ao uso exclusivo de exame por inspeção tátil-visual. Concluíram que a maioria das lesões (59,9%), radiograficamente detectáveis nas superfícies proximais dos dentes

posteriores, encontrava-se em estágio de cavitação, fora portanto do alcance da terapia preventiva não invasiva.

Em 1991, Vehkalahti et al.¹⁴⁶, estudaram a propriedade e a adequação de cuidados odontológicos públicos, em Helsinki, e concluíram que houve um declínio de cárie em adolescentes que usufruíram dos cuidados comunitários de 1976 a 1986. As diretrizes empregadas foram a identificação dos pacientes de alto risco de cárie e a implementação de programas de educação-motivação aos métodos preventivos rotineiros.

Medeiros⁹⁰, em 1991, enfocava a importância do conhecimento da placa bacteriana como fator etiológico determinante das doenças buco-dentárias.

Lima⁸², em 1992, ressaltava que a cárie é uma doença multifatorial, com uma ação sincrônica de 3 (três) fatores: hospedeiro, microbiota e dieta. Afirma que, desta maneira, as estratégias estabelecidas com maior frequência para se conseguir a redução e eliminação da cárie são:

- aumento da resistência do dente;
- controle do agente microbiano;
- controle da dieta.

Couto & Couto⁴⁷, em 1992, alertavam para a importância conjunta do controle da placa bacteriana na prevenção de cáries.

Peers et al.¹¹¹, em 1993, realizaram estudos para avaliarem a validade e a reprodutibilidade de meios diagnósticos para a cárie, onde compararam o exame clínico com a transiluminação por

fibra ótica e radiografias interproximais. O estudo foi realizado para a diagnóstico de lesões cáries pequenas proximais e “in vitro”. Observaram que o exame clínico associado às radiografias interproximais mostrou-se mais predictivo que os outros, juntos ou isolados.

Lussi⁸⁵, em 1993, também fez observações, comparando diferentes métodos de diagnóstico para cáries de fissuras sem cavitação, tendo todos os métodos sido testados em um mesmo dente. Os testes que mostraram maiores sensibilidades foram os que empregaram radiografias interproximais (0,45) e a inspeção visual (exame clínico) com as radiografias interproximais (90,49).

Pinto¹¹⁷, em 1993, relata que em relação à cárie dentária o Nordeste é o que apresenta a melhor condição relativa à população jovem e adulta, mas no grupo de 6 a 9 anos predomina o Sul e de 10 a 14 anos o Sudeste.

Não obstante o índice de cárie aumente sempre com a idade, o ponto máximo de CPO é atingido aos 28 anos com cerca de 38 milhões de dentes, diminuindo este número global a partir daí. Isto é devido à gradativa redução da população idade por idade (Pinto, 1993).

Kidd et al.⁷⁴, 1993, achavam que o diagnóstico das cáries, especialmente as oclusais, representava um desafio para clínicos e epidemiologistas.

Em 1994, Barros¹⁶ reuniu, em entrevista, opiniões do Professor Doutor Lars Peterson e, sob o título de “Uma vilã pré-histórica”, emitiu as seguintes considerações importantes:

- a cárie dentária vem causando danos à humanidade, desde tempos remotos, na pré-história, visto que os dinossauros, comprovadamente, apresentavam cáries oclusais por se alimentarem de frutas ácidas;
- a cárie é considerada uma doença multifatorial pela maioria dos especialistas e tem a prevalência das mesmas bactérias em todo o mundo;
- o uso do açúcar é um dos hábitos mais catastróficos para a saúde bucal;
- estas bactérias específicas têm que ser consideradas normais no ambiente bucal;
- elas aprendem, em pouco tempo de contato com o açúcar refinado ou presente em outros alimentos, a produzir ácidos que vão gerar cáries;
- “ o óbvio seria eliminar o açúcar, mas isso não é tão fácil porque ele é importante dentro da formação cultural do mundo;
- a remoção das bactérias cariogênicas ou não, através do controle efetivo da placa bacteriana, aliada ao flúor, forma uma dupla poderosa contra a cárie;
- quanto a escovação: “não dá para ser o único controle para todos. Somente funcionaria com muita propagação de conhecimento, sendo que o método mais eficaz seria passar ensinamentos capazes de atingir as crianças e a comunidade. Mas não podemos esquecer do grupo de risco, que necessita sempre de maior atenção”.

- cerca de 10% a 20% da população está inclusa no grupo de risco de cárie, por questões multifatoriais, entre eles a genética, que facilita a transmissão da doença. Esse grupo necessita maiores cuidados.
- “para o grupo de risco é preciso insistir e entrar com o arsenal de suplementação fluoretada”;
- embora se diga que a transmissão da cárie seja rara, pode ocorrer, principalmente no ambiente familiar, passando de mãe/pai para filho;
- a cárie pode ser considerada uma doença cíclica porque se instala e avança mais em determinadas circunstâncias, como por exemplo, à noite quando se dorme;
- é importante o conhecimento das propriedades e funções salivares para um melhor e mais completo entendimento da cárie;
- a saliva é uma proteção normal dos dentes e de toda a cavidade bucal e sua ausência propicia uma predisposição aos ataques ácidos, de origem microbiana, sobre as superfícies dentárias;
- o país (Brasil), com raras exceções, não tem prevenção primária ou básica, e isto, certamente, é a causa dos altos índices de cárie da população.

Nuttall et al.¹⁰⁴, em 1994, estudaram na Escócia, várias estratégias de combate às cáries. Após seus estudos classificaram as cáries em dois tipos:

- lesões de cáries para as quais os procedimentos preventivos estão indicados e,
- lesões de cáries para as quais os cuidados operatórios estão indicados.

2.4.2. Comentários e sugestões preventivas

Segundo os trabalhos de Horowitz & Doyle⁷⁰, em 1971, e de Ripa¹²² em 1987, cerca de 25 sessões semanais por ano, são suficientes para conseguir-se uma redução de cárie em torno de 31%, com o uso do gel flúor-fosfato-acidulado.

Em 1966, Viegas¹⁴⁸ afirmava que dentre os estudos das técnicas e procedimentos preventivos de médio e longo prazo, para a cárie dentária, a fluoretação das águas de abastecimento público fica bem caracterizada.

Katz et al.⁷³, em 1982, afirmavam que para um programa preventivo ter êxito é necessário que ele seja aceito e praticado pelos pacientes. O êxito não está assegurado apenas pela aquisição de técnicas e conceitos preventivos pelo paciente, mas pela aquisição e prática desses conceitos e medidas. O resultado final deveria ser uma alteração comportamental e não apenas uma troca de conhecimentos.

Urbina et al.¹⁴⁴, em 1985, examinando as necessidades de tratamento odontológico em pré-escolares e escolares chilenos, diziam que a severidade das lesões de cáries, que não é dada pelo índice CPO, determina distintas modalidades de tratamento. Vejamos:

<u>1- Severidade da lesão</u>	<u>Necessidade de tratamento</u>
• dente sadio	• medidas preventivas:
• mancha branca	- fluoretação tópica
• fissuras descoloridas	- selantes
	- controle de placa

- técnica higiênicas
- 2- cárie em um superfície
 - restaurações:
 - amálgama
 - resinas compostas
 - ionômeros
- 3- cárie em 2 e 3 superfícies
 - restaurações
 - amálgama
 - resinas compostas
 - ionômeros
 - incrustações
- 4- cárie em 4 superfícies
 - incrustações
 - coroas
- 5- cárie com comprometimento pulpar
 - endodontia
 - incrustações
 - coroas
- 6- extrações indicadas
 - extrações
 - coroas
 - pontes fixas

Ripa¹²², em 1987, contudo, preconizava a aplicação do gel flúor-fosfato-acidulado, duas vezes ao ano, o que segundo ele, propiciaria uma redução média efetiva da incidência de cárie em cerca de 28%.

Para Newbrun⁹⁹, em 1987, o método de fluoretação tópica com gel acidulado de flúor-fosfato era tido como seguro, pois

não ocasionava fluorose nem alterações aos tecidos adjacentes ao dente.

O Ministério da Saúde²⁹, em 1989, lançou o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD), colocando a fluoretação das águas de abastecimento público como sua prioridade máxima de atuação.

Silva Filho et al.¹³⁶, em 1990, avaliaram a efetividade de um programa supervisionado de motivação com a instrução e supervisão de higiene e fisioterapia bucal, para o controle da placa bacteriana, em crianças de 7 a 12 anos e portando aparelhos ortodônticos. Verificaram que o controle da placa foi mais eficiente nos pacientes que foram supervisionados na higienização e motivação, isso já a partir da terceira visita instrucional.

Cordón & Garrafa⁴⁴, em 1991, emitiram um parecer crítico quanto à contradição entre o atual modismo preventivista que se desenvolve no país e as necessidades reais do problema saúde/doença bucal coletiva da sociedade brasileira, visto na sua complexidade técnica, biológica e sócio-econômica.

Em projeto aplicado na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, Almeida et al.⁶, em 1991, sugeriram orientações e normas de atuação para um módulo de Saúde Bucal, afirmando que a cárie impõe-se como o primeiro dos problemas de Odontologia Sanitária no Brasil. Isto porque:

- a cárie acomete cerca de 96% da população;
- a cárie produz insuficiência mastigatória;
- a cárie compromete a estética facial;

- a cárie altera o desempenho da fonação;
- a cárie pode ser a causa indireta da doença periodontal e da maloclusão;
- a cárie é uma doença tratável;
- o custo “per capita” do tratamento da cárie é relativamente baixo, em relação ao tratamento de outros problemas bucais;
- a cárie é a doença bucal de maior interesse para a comunidade.

Córdova⁴⁵, em 1991, achava necessário que os membros de uma equipe de saúde surgissem da própria comunidade à qual pertenciam. Isto favorecia a estabilidade dos programas, a identificação das metas propostas e a própria comunidade.

Em 1991, Bjertness²³ pesquisou a importância da higiene bucal sobre o número de superfícies cariadas de uma amostra randômica de cidadãos de 35 anos de idade. Além do índice de higiene oral avaliado foram verificados outros parâmetros como:

- frequência das escovações;
- visitas regulares ao dentista;
- grau de escolaridade dos indivíduos;
- sexo e número de restaurações e superfícies perdidas dos dentes.

Os dados acabaram informando que o índice de higiene bucal foi o mais importante parâmetro de predição para a cárie das superfícies dentárias.

Em 1991, Komori et al.⁷⁸, realizaram um trabalho no qual avaliaram um programa de prevenção de cárie executado no Japão. Eram realizados exames dentários dirigidos especificamente, às crianças de 1 ano e 6 meses. O programa fornecia, ainda, instruções e

orientações aos pais e/ou responsáveis com relação à dieta, hábitos bucais e higienização bucal. Observaram também como se comportariam a prevalência e incidência de cáries, caso medidas preventivas fossem instituídas o mais precocemente possível. As medidas preventivas foram relevantes nesse programa e confirmaram a sua esperada eficiência em desestabilizar a cárie.

Medeiros⁹⁰, em 1991, estudou os aspectos gerais do controle de placa bacteriana em Saúde Pública e concluiu, entre outras coisas, que:

- métodos preventivos educativos, quando corretamente utilizados, mostram-se capazes de motivar os pacientes para o controle da placa bacteriana.

Todescan & Silva¹⁴¹, em 1991, avaliaram o efeito de campanhas de prevenção e instrução orientada no combate às cáries e afirmaram que a Odontologia, atualmente, está quase toda voltada para a prevenção, tal fato, concluem, não poderia ser diferente, uma vez que a ciência, com sua evolução inexorável, encerra uma bagagem científica que permite a afirmação de que nos dias atuais é perfeitamente possível evitar-se as doenças bucais mais prevalentes na humanidade: a cárie e a doença periodontal.

Oliveira et al.¹⁰⁵, em 1992, comentaram a importância da higiene bucal orientada e supervisionada para alcançar-se êxito no emprego dos métodos preventivos em serviços públicos.

Realizaram um estudo com 75 pacientes, com idades variando entre 3 anos e nove meses a 12 anos e 5 meses, de ambos os sexos. Observaram que no grupo onde foi empregada a higiene

supervisionada, o índice de placa foi significativamente reduzido, em comparação aos outros grupos onde ela não foi instituída. A pesquisa realizou-se no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Bauru-SP.

Couto et al.⁴⁶, em 1992, com relação a importância da motivação dos pacientes que servem-se de centros comunitários de assistência odontológica, diziam que não havia dúvidas de que a única proposta viável para a diminuição das doenças bucais era a motivação, mediante a educação e a adequada conscientização do paciente.

Além da motivação e da conscientização do paciente é necessário o concurso imprescindível do controle supervisionado da placa bacteriana, na prevenção das cáries dentárias (Couto & Couto⁴⁷, 1992).

Rosa et al.¹²⁵, em 1992, fizeram uma análise da prevalência de cárie em escolares de 7 a 14 anos, matriculados nas escolas municipais de São José dos Campos, em 1979, 1985 e 1991. Avaliaram um novo método de atendimento, centrado em atitudes preventivas, e concluíram que a melhoria da saúde bucal dos usuários de seus serviços foi evidente.

Gonçalves & Silva⁶⁸, em 1992, achavam que a filosofia preventiva de combate às cáries fundamentava-se na manutenção de higiene e integridade dos dentes e na manutenção, pelo indivíduo, em propor-se a manter uma correta higienização bucal. Diziam: “é de fundamental importância que, em serviços públicos, possamos começar a atuar, também, sobre os tecidos e dentes hígidos, criando condições

para que, futuramente, possamos ter um desenvolvimento harmônico e satisfatório da dentição”.

Os autores implantaram também um programa educativo, paralelo ao programa curativo, que constava de:

- escovação dentária supervisionada;
- bochechos semanais com solução fluoretada a 0,2%.
- revelação quinzenal da placa bacteriana;
- palestras dirigidas às crianças, pais e pessoal técnico-administrativo da instituição onde serviam.

Alguns indivíduos mais interessados, que provinham da comunidade, foram aproveitados no programa como auxiliares odontológicos, sendo treinados no local.

Dockhorn & Hahn⁵², em 1992, diziam que a erradicação de uma doença requer a combinação de armas terapêuticas potentes, apoio comunitário e um sistema de supervisão eficiente.

Vono & Vono¹⁵⁰, em 1992, conferenciando sobre a importância dos selantes de fôssulas e fissuras e sua ação preventiva sobre a cárie dentária, afirmaram que a segurança de obtenção de êxito clínico com estes materiais parece estar ligada à:

- execução rigorosa da técnica de aplicação;
- aplicação tópica, pelo dentista, de solução fluoretada, logo após a colocação do selante;
- acompanhamento do paciente com revisões profiláticas e verificação da retenção do selante a cada 6 meses, pelo menos;
- cooperação do paciente e, quando criança, também de seus familiares, para a execução de outros métodos de prevenção

(escovação, uso de fita dental, controle da dieta e bochechos fluoretados);

- ser processo reversível.

Pinto¹¹⁷, em 1993, achava que a Odontologia, quanto à essência de sua filosofia de atuação, que é liberal por excelência, está sendo contestada. A prática odontológica, diz ele, não conseguiu até agora debelar e melhorar a saúde bucal da população brasileira. Continuando suas observações, Pinto¹¹⁷ afirma: “ao contrário, o país tornou-se um exemplo negativo, liderando as estatísticas internacionais com relação aos índices de ataques pela cárie dental em crianças e adolescentes, não obstante o fato de que a oferta de profissionais de nível superior tenha aumentado ao ponto de representar cerca de 11% da mão-de-obra odontológica disponível no mundo”.

Ainda, com as argumentações de Pinto¹¹⁷, em 1993, de que estima-se cerca de 1,48 bilhão de dentes que foram ou estão atacados pela cárie e, dos quais, perto de 1,2 bilhão de dentes necessitam ser restaurados ou extraídos, sendo que cerca de 320 mil permaneciam ainda cariados ou esperando extração, considerando a população urbana da época, no Brasil, de 105,4 milhões de pessoas, com idade de 5 a 79 anos.

Pinto¹¹⁷, ainda em 1993, achava que as ações preventivas, para países em desenvolvimento e com alta prevalência de cárie, como é o nosso caso, são as atuações básicas esperadas e exigidas pela comunidade. “O melhor modelo preventivo é aquele que viabiliza o acesso regular a uma combinação entre o método de ingestão e de uso tópico de fluoretos”. Adicionalmente, recomendava a

remoção da placa bacteriana por escovação dental adequada e do controle da ingestão de carboidratos. A associação dos métodos foi sugerida como o caminho mais rápido para se obter uma redução efetiva da cárie dentária em crianças e adolescentes.

Em 1995, Bowen & Tabak²⁶ afirmam que a combinação do uso de várias formas de fluoretos e a aplicação de materiais seladores de fôssulas e fissuras seria uma forma correta e eficaz de tratarmos o problema da cárie, já que com isto estaríamos ampliando a resistência do hospedeiro.

Continuam os autores acima: "... atualmente, na era pós-moderna, a modificação da dieta para prevenir a cárie parece ser, ainda mais difícil de se obter em âmbito geral. Parece haver uma campanha para absolver a sacarose, o arquiinimigo, e seus cúmplices.

3 PROPOSIÇÃO

Em decorrência dos fatos relatados na revisão da literatura, pelas observações constatadas através das visitas empreendidas aos serviços odontológicos públicos selecionados para este estudo e pelos dados obtidos pelos questionários expedidos, especificamente, para este trabalho propomos um modelo de assistência odontológica público ou comunitário, baseado na prevenção da cárie dentária e com a utilização imprescindível de pessoal auxiliar.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1. Material

Como a intenção de ilustrar as observações e as particularidades dos locais de atendimento odontológico público visitados, fez-se fotografias dos mesmos.

Foram fotografados os ambientes clínicos, os equipamentos e o pessoal clínico (CD, THD e ACD) em ação.

As imagens reproduzidas, fotograficamente, tencionam mostrar a maneira e a disposição ergonômica adotada por estes núcleos assistenciais expondo o ambiente de trabalho idealizado pela coordenadoria desses serviços.

Para tanto utilizamos:

1. máquina fotográfica ASAHI-PENTAX K-1000 - da ASAHI OPTICAL Co. Ltda. Tokyo, Japan;
2. Objetiva A50mm F₂ - ASAHI OPTICAL Co Ltda Taiwan;
3. Objetiva macro 1:5 x 28mm da Vivitar Co. Japan (grande angular);
4. Flash auto-eletrônico Vivitar-2000 da Vivitar Co., Japan;

Também parece-nos correto salientar a utilização de algumas bibliografias básicas como dicionários, compêndios, manuais, normas editoriais e outras fontes específicas como complementação

suporte para aqueles que desejam aprofundar-se neste tipo descritivo de pesquisa.

Como essas ajudas não necessitam ser relacionadas no item das referências obrigatórias e não são mencionadas na revisão da literatura é que as alistamos aqui, mais como adição que exigência.

Utilizamos:

- Novo Dicionário da Língua Portuguesa- Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira, Editora Nova Fronteira, 2a. ed., 1986
- Erros e Dúvidas de Linguagem- Vittorio Bergo, Livraria Francisco Alves. S.A. 6a. ed., 1986
- Nova Gramática do Português Contemporâneo- Celso Cunha e Lindlei Cintra, Ed. Nova Fronteira, 3a. ed. 1985.
- Dicionário de Regimes dos Substantivos e Adjetivos- Francisco Fernandes, Ed. Globo, 20a. ed. 1979.
- Dicionário de Verbos e Regimes- Francisco Fernandes, Ed. Globo, 4a. ed., 1979.
- Manual de Redação e Estilo- de "O Estado de São Paulo", org. Eduardo Martins, 1990.
- Manual Escolar de Redação- da "Folha de São Paulo", Ed. Ática, 1994.
- The Merrian - Webster Dictionary - 1970

- Como escrever uma Tese - Sonia Vieira, Ed. Pioneira, 1991.
- Glossário de Termos Biológicos- Geóvana Novaes - Universidade Fed. da Bahia, 1990.
- Dicionário Gramatical de Verbos- Francisco da Silva Borba, UNESP, 1990.
- Metodologia do Trabalho Científico- Antônio Joaquim Severino. Ed. Autores Associados, 17a. ed., 1991.
- O método Científico - teoria e prática - A. Guilherme Galliano Harper & Row do Brasil, 1979.
- Metodologia da Pesquisa Científica- Armando Astivera, Ed. Globo, 8a. ed., 1989.
- Novo Guia Ortográfico- Celso Pedro Luft, Ed. Globo, 21a. ed., 1989.
- Como se faz uma Tese- Umberto Ecco, Ed Perspectiva - Série Estudos, 1977.

4.2. Métodos

Para a realização desta pesquisa foi necessário o emprego de dois (2) instrumentos muito freqüentemente usados, principalmente em ciências comportamentais: o questionário e a entrevista direta.

Esses dois meios têm em comum o fato de serem constituídos por uma lista de indagações que, respondidas, dão ao pesquisador as informações que ele pretende atingir.

A diferença entre um e outro é ser o questionário feito de perguntas, entregues por escrito ao informante e às quais também ele responde por escrito, enquanto que na entrevista as perguntas são feitas oralmente, quer a um indivíduo ou a um grupo, e as respostas são, geralmente, registradas pelo próprio entrevistador (Rudio¹²⁸, 1979).

O questionário, correspondente ao ANEXO I, foi elaborado contendo perguntas diretas e sistematizadas para facilitar a compreensão das indagações e contribuir para a clareza das informações. As perguntas categorizavam-se, em sua maioria, como os do tipo fechadas, já que as pessoas respondiam as questões assinalando uma das alternativas apresentadas. Algumas outras inquirições necessitaram maiores explicações até mesmo opiniões dos informantes. Havia também questões com mais de duas opções.

Convém também esclarecer que antes da aplicação do questionário explicou-se ao informante a pretensão do estudo com a finalidade de motivá-lo e prepará-lo para bem informar. Sem este cuidado prévio temíamos pela validade e fidedignidade das informações, o que comprometeria o resultado final da pesquisa.

Dizíamos às pessoas a serem inquiridas que pretendíamos elaborar uma coleta de dados reais e específicos da comunidade local, dispendo e sistematizando suas prioridades odontológicas, construindo os perfis de seus agentes de saúde, enfim,

visando compor a imagem real, embora sumária, do núcleo de assistência odontológica público daquelas pessoas. Nossas observações e os dados reais coletados serviriam para elaborarmos uma outra representação de atendimento em saúde coletiva, na área odontológica e com fundamentação na prevenção da cárie e utilização de pessoal auxiliar, treinado e motivado.

Esclarecíamos sobre a importância e a colaboração das pessoas para o diagnóstico, o mais preciso possível, das situações dos serviços visitados. A intenção para o futuro era a de que, angariando a maior quantidade possível de dados, poderíamos indicar e propor com maior acurácia as possíveis modificações que iriam compor o novo modelo a ser proposto. Desses serviços é claro, interessou-nos apenas as qualidades, as inovações, as ousadias, a criatividade e a qualidade final dos serviços prestados à coletividade. Também foi levado em conta a área e a densidade demográfica dos núcleos estudados, bem como a sua organização técnico-administrativa.

As pessoas colaboradoras deste trabalho não exigiu-se a identificação final. Acontece que as pessoas tinham, muitas vezes, que expor situações de seus próprios locais de trabalho e, assim, a não identificação deu-lhes um sentido de proteção e uma liberdade maior para a informação.

Foram também evitadas perguntas capciosas, dúbias, emocionais e muito técnicas, procurando-se a resposta pronta, clara e precisa dos informantes. Também não permitiu-se os informes coletivos ao questionário e tampouco houve entrevistas em grupo.

Teve-se, igualmente, a preocupação de repelir-se as deliberações emotivas e classistas por parte dos informantes, visto não interessar ao propósito do trabalho em questão.

Nas perguntas de conceito, estas eram em número ímpar de opção e sempre com duas posições extremas, tendo no meio delas uma posição neutra, conferindo uma simetria conveniente à indagação. Segundo Rudio¹²⁸, em 1979, essa simetria é recomendada, sempre, pelos entendidos e especialistas em questionários.

A partir das informações obtidas pelos questionários e entrevistas empreendidos tivemos que ordenar, organizar e interpretar esses dados. As tarefas executadas resumiam-se em:

- classificação dos dados;
- análise dos dados;
- interpretação dos dados;
- conclusões suscitadas pelos dados;
- novas proposições decorrentes dessas conclusões;
- proposição básica e final do trabalho.

É fundamental salientarmos que o levantamento dos dados que foi realizado, como se sabe, através de questionários e entrevistas, aconteceu junto aos serviços de assistência odontológica públicos, pertencentes às administrações municipais, estaduais, federais e/ou mistos.

As pessoas questionadas e entrevistadas eram envolvidas com o serviço assistencial comunitário e da área odontológica. Categoria dos entrevistados:

- profissional coordenador (responsável pelo serviço ou núcleo assistencial);
- profissional dentista (dois) - C.D. *
- profissional auxiliar I (dois) - T.H.D. **
- profissional auxiliar II (dois) - A.C.D. ***
- profissional auxiliar III (dois) - T.P.D. ****
- técnico de manutenção dos equipamentos (1 pelo menos).

*- C.D. - Cirurgião-dentista;

** - T.H.D. - Técnico em higiene dental (higienista dentário);

*** - A.C.D. - Assistente de consultório dentário (auxiliar odontológico);

**** - T.P.D. - Técnico em prótese dentária (protético ou seu auxiliar);

Os questionários e as entrevistas foram aplicados em serviços assistenciais públicos de Odontologia, da seguinte maneira:

1. Questionários - Entrevistas e Fotografias

1.a.; Curitiba (PR);

1.b. São Carlos (SP);

1.c. Araraquara (SP);

1.d. São José dos Campos (SP).

1.e. Paulínia (SP);

2. Questionários e Entrevistas (sem fotografias)

2.a. Jacarei (SP);

2.b. Caçapava (SP);

2.c. Cruzeiro (SP);

2.d. Brasília (DF).

2.e. São Paulo (capital)

Os resultados e as observações relacionadas às localidades mencionadas foram condensadas em quadros para uma melhor elucidação das condições dos serviços visitados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pela revisão da literatura pertinente, pelas entrevistas obtidas através do questionário (ANEXO I) e, principalmente, pelas visitas aos serviços de atendimento odontológico comunitário, passamos a discutir os resultados adquiridos.

Na verdade, Saúde é um conceito amplo e hierarquizado e que depende não só da ação governamental, mas da cooperação mútua entre os participantes da sociedade como um todo, no dizer e interpretação de Ferreira⁵⁷ e de Capistrano Filho³³. Procuramos não perder de vista este conceito e com ele permeamos por este trabalho.

Conceitos fundamentais de saúde, especialmente os de Saúde Pública, como os de Ferreira⁵⁷ e Berlinguer¹⁸, justificam e explicam o interesse crescente das autoridades constituídas pelos problemas de saúde comunitária. Essa integração de ações é sempre sugerida pelos especialistas do setor, embora haja também, uma renitência constante por parte daqueles que são os encarregados de gerir tais problemas.

Os conceitos e conhecimentos básicos de epidemiologia devem estar acessíveis e ser exigidos daqueles que atuam em defesa da saúde pública. Não basta conhecer os conceitos sintomáticos dos

problemas, é preciso ajustar procedimentos preventivos viáveis no seio da comunidade, como firmam Córdon & Garrafa⁴⁹, em 1991.

Os argumentos de Kloetzel⁷⁶, Menaker⁹², Katz^{72,73}, Krasse⁸⁰ e Pinheiro¹¹⁴, em relação à cárie, dão-nos uma noção clara de que essa patologia já se encontra bem estudada e caracterizada no meio odontológico, necessitando apenas de abordagens mais decisivas para a sua debelação clínica em níveis mais significativos.

O conceito de risco de cárie é um dos mais progressivos e relevantes dentro da moderna concepção odontológica, que considera a individualidade soberana de cada paciente, sem contudo constringer a totalidade do mesmo.

Também concordam com a idéia e argumentações conceituais passadas, Thylstrup & Fejerkov¹⁴⁰ e Gonçalves & Silva⁶⁸.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde²⁸ foi mais além e entendeu a saúde de modo mais amplo e básico, dando-lhe garantias infra-estruturais como boa moradia, lazer, sociabilidade e ambiente ecologicamente equilibrado.

As idéias de saúde expandida, cuja meta é a abrangência de uma higidez total, encontram em Sabetti¹³¹ uma conscientização plena.

A placa bacteriana como agente etiológico primário e fundamental da cárie é questão fechada entre autoridades como OMS¹⁰⁶ e Goiris⁶⁷.

Medeiros⁹⁰ não reluta em alertar que as enfermidades da boca requerem, para a sua solução terapêutica decisiva, uma melhoria dos conhecimentos, sobre elas, por parte dos agentes de

saúde. É preciso melhorar a consciência e o domínio profissional sobre a cárie e abortar, assim, suas conhecidas seqüelas.

O modismo de um suposto "boom" da prevenção prejudica a interferência adequada e oportuna sobre as doenças bucais. É preciso apartar o preventivismo vaidoso da verdadeira prática da filosofia preventiva. Só assim, afirmam Córdon & Garrafa⁴⁴, eliminaremos as desastrosas conseqüências da perda prematura de dentes que assola e mantém no cume dos dados estatísticos a nação brasileira. Com esta posição cerram fileiras, Pinto¹¹⁷, Viegas¹⁴⁹, Marques⁸⁶ e Bertoni¹⁹.

A questão da nomenclatura é interessante, pois têm ocorrido verdadeiros embates semânticos e filosóficos acerca dos termos de saúde. Reuniões, conferências, simpósios e debates, tanto nacionais como internacionais, acabam em livros, revistas e jornais e, infelizmente, as soluções continuam utópicas, ilusórias e efêmeras. Quanto à denominação para os serviços odontológicos públicos ficamos com Ferreira⁵⁸ e Narvail⁹⁸, embora admitamos que Mendes & Marcos⁹³ têm razão ao referirem-se a outros tipos de odontologia, como Marques⁸⁶ também o faz e propaga.

Como ficou bem evidente pela revisão da literatura, os serviços de assistência à saúde no Brasil encontra-se em grave e progressiva deterioração. Os escassos recursos humanos e financeiros tornam essa missão árdua e muito ingrata.

Somos, de fato, como bem afirmou Pinto, um vasto hospital sem médicos, medicamentos, leitos e com a grande maioria dos pacientes em estado terminal de saúde.

Às vezes conseguimos algum recurso financeiro, não se sabe bem de onde; conseguimos também alguns servidores abnegados e uma ou outra tecnologia. Esta, quase sempre, sucumbe nos porões dos navios ou mofam, em plena luz do dia, por falta de mão-de-obra especializada que a ative.

Como nossa produtividade é muito baixa, toda a eventual condição adquirida esvai-se, mal gerida que é, pela incapacidade dos encarregados em administrá-la.

Também é necessário um diagnóstico correto e urgente da situação odontológica da comunidade que demanda esses atendimentos, ou melhor, o sistema de atendimento incremental, muito bem conceituado por Pinto¹¹⁶, parece-nos muito difícil de ser concretizado, mesmo porque procura cobrir necessidades restritas, como as dos pré-escolares e adolescentes, pouco podendo realizar pelos adultos e anciãos. Salvo algumas alterações neste método, que segundo Diniz⁴⁹ já foi mencionado no passado, sua abrangência restrita às pessoas de pouca idade não o torna uma unanimidade.

O diagnóstico da situação deve ser regional e, dentro da mesma região, separado em urbano e rural, que, por si só, já exige um tratamento segmentado e individualizado. A meta, sem dúvida, é a prevenção da cárie, empregando técnicas consolidadas e simples; equipamentos ditos simplificados e transportáveis, que se coadunem com as características da região e do serviço; utilização de pessoal auxiliar treinado e motivado para os objetivos delineados e propostos, além do emprego de métodos produtivos e particulares de ergonomia e

racionalização do trabalho (Porto¹¹⁹, Serra & Porto¹³⁵, Castro³⁵ e Barros¹⁵).

Os conhecimentos adquiridos das ciências comportamentais, como a psicologia (motivação por exemplo) auxiliam as condutas de manejo do paciente, do dentista e de seu pessoal auxiliar, conforme os pensamentos de Angelini⁸, concordados e complementados pelos de Engstrom & Mackenzie⁵⁶.

As diversas modalidades de Odontologia são analisadas por Marques⁸⁶, que admite a Odontologia Curativa, tão criticada pelos preventivistas, ter seu papel e sua necessidade dentro de programas de assistência odontológica à comunidade. Isto é correto, pois existindo carências odontológicas em grande quantidade, que coloca o Brasil num dos topos da deterioração bucal no mundo, haverá serviços e Odontologia convencional e necessária por muito tempo ainda.

A implantação de programas ideais de assistência odontológica comunitários é tão falso e impróprio quanto o não reconhecimento da atual situação de infortúnio bucal dos brasileiros. Aliás, talvez não haja este tipo de situação paradoxal em nenhuma parte da terra.

É preciso, então conhecer e bem explorar nossas condições e características, apelando para a criatividade e grande motivação de que devem investir-se os responsáveis por este conjunto de questões.

Vimos que o conhecimento transparente e fundamentado dos conceitos de saúde geral, Saúde Pública e de Odontologia Preventiva tornam-se indispensáveis para todos os

membros da equipe odontológica, além das informações adicionais de planejamento, gerência, relações humanas, administração e liderança que os organizadores e coordenadores desses serviços devem possuir.

É evidente que uma compreensão global dos mecanismos de ação dessas instituições de caráter público facilita o trabalho, tornando o atendimento mais ágil, seguro e confiável, refletindo no bem estar geral da comunidade.

Os conceitos atuais de cárie dentária são muito importantes, pois o entendimento dessa entidade patológica, tão prevalente na humanidade, determina atuações mais precisas e efetivas, ou seja, mais duradouras.

Quanto às ponderações conceituais emitidas houve uma concordância geral entre Newbrum¹⁰⁰, Menaker⁹², Katz et al.⁷² e Pinheiro¹¹⁴, além dos pareceres de Krasse⁸⁰, que situou muito bem a importância de se caracterizar os pacientes de risco e de Thylstrup & Fejerkov¹⁴⁰ e que emitiram conceitos semelhantes aos dos outros especialistas anteriores, inclusive aos de Krasse⁸⁰.

A importância de se estabelecer de início a classificação do paciente como de alto risco, médio risco e baixo risco de cárie, está em que ela pode determinar o tipo e abrangência do plano de tratamento. Este poderá ser alterado, ao longo da terapêutica, conforme o paciente for conquistando habilidades e condições de higiene bucal.

Esse tipo de classificação determina não só o ritmo das visitas ao serviço como o tipo dos materiais empregados e das técnicas abordadas. Indicam e determinam, enfim, o dia-a-dia dos serviços de assistência odontológica.

Gonçalves & Silva⁶⁸ e Ferreira⁵⁸ abordam o tema saúde com muita propriedade e pertinência, sendo que o segundo discorre de maneira bem ampla sobre os sistemas de saúde, analisando as políticas de saúde de vários países, em especial o caso de Portugal.

Como trata-se, pois, de assunto complexo, seu tratamento deve ser cuidadoso e vinculado a critérios bem definidos como o das condições sócio-econômicas da população visada. De qualquer maneira, os sistemas de cuidados de saúde constituem um dos mais importantes e sensíveis setores organizados de trabalho no apoio às populações, dado pela sociedade moderna, no caminho do aperfeiçoamento das condições de vida e do alargamento da política social no campo da saúde-doença, com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas e de lhes diminuir as doenças, ou diagnosticá-las e tratá-las, se possível, antecipadamente.

Em saúde, há necessidade de ajustamentos ou acomodações aos objetivos determinados, sendo a tomada de posição que consiste em distribuir, com a necessária atenção, as ações e tarefas pré-determinadas durante o planejamento. Essas acomodações muitas vezes referem-se à atribuição prioritária dos recursos financeiros alocados à instituição, aos componentes preferenciais do sistema de cuidados de saúde ou aos próprios programas de saúde.

Uma administração em saúde compõem-se de normas coordenadas que permitem a aplicação das técnicas de administração, apoiadas em regras do direito aplicado, estabelecendo critérios e aplicando diretrizes na organização e gestão dos serviços de saúde, com a finalidade de amparar e melhorar a saúde da população.

As atividades desenvolvidas na execução dos programas de saúde e na avaliação dos resultados distribuem-se por cinco áreas básicas:

- Promoção da saúde: compõem-se de técnicas de educação para a saúde, da educação geral e das diligências regulares das pessoas em seus ambientes de trabalho e doméstico.
- Prevenção primária: consiste na higienização do meio ambiente, melhoria da alimentação, equilíbrio da nutrição, salubridade da habitação, vacinações, prevenção de acidentes, aplicações de fluoretos e selantes preventivos.
- Prevenção secundária: realizada pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento imediato das pessoas que não se impediu que adoecessem e pela intervenção de ações odontológicas comunitárias, principalmente, em populações de reconhecido risco de cárie.
- Prevenção terciária: seria a limitação dos danos causados pelas doenças bucais, empregando-se técnicas convencionais de atuação odontológica, dadas pelas diferentes especialidades.
- Reabilitação: seriam aquelas intervenções mais radicais que possibilitariam aos indivíduos recuperarem, se bem que parcialmente, suas funções inferiorizadas pelas seqüelas das doenças bucais.

É interessante que discutamos aqui as inferências surgidas por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS¹⁰⁷ e conhecida como Declaração de Alma-Ata. Na cidade de Alma-Ata (Capital do Cazaquistão, República da URSS, na época), sede da Conferência em 1978. Elaborou-se um conjunto de dez (10) afirmações e vinte e duas

(22) recomendações dirigidas a todos os países, no sentido de se conseguir "saúde para todos" no ano 2000.

Na declaração de Alma-Ata foi estabelecido que o objetivo da saúde para todos deve apoiar-se no conceito renovado de cuidados primários de saúde, onde o agente de saúde (médico, dentista) deverá realizar, sempre que possível, todas as tarefas de saúde-doença da população, incluindo as diversas intervenções de saúde pública, a investigação epidemiológica, etc. Isto nos parece um tanto complicado, visto saber-se que a formação acadêmica de nossos profissionais da saúde é normatizada por currículos inadequados e incompletos nesse sentido. Carecem de visão comunitária e esbanjam atuações curativo-sintomáticas, o que os distanciam, cada vez mais, da família e da comunidade.

Vejamos, a seguir, a síntese das recomendações da Declaração de Alma-Ata, que baseiam-se em princípios gerais de saúde e na premissa de que é possível alcançar saúde para todos mediante uma melhor e mais completa utilização dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável se destina, atualmente, aos armamentos e conflitos militares. A Conferência exorta todas as entidades e organizações mundiais de saúde a colaborarem no estabelecimento, desenvolvimento e manutenção dos cuidados primários de saúde. Os cuidados primários ou básico de saúde compreendem o conjunto de intervenções médicas, odontológicas, paramédicas, paraodontológicas e socialmente organizadas, que se relacionam com a doença ao nível individual e familiar, e exercidas em regime ambulatorial ou de acompanhamento fora dos locais convencionais (hospital e

consultório). Teoricamente, os cuidados primários deveriam abranger todas as atividades de proteção e promoção da saúde do conjunto da comunidade, dando a elas prioridade estratégica na luta contra a doença, prevenindo-a.

As vinte e duas recomendações da Declaração de Alma-Ata são:

- **Recomendação 1:** a saúde depende do desenvolvimento sócio-econômico e ao mesmo tempo o favorece;
- **Recomendação 2:** é imprescindível a participação da comunidade nos cuidados de saúde primária. Ela tem o direito e o dever de participar do processo de conservação e melhoria da própria saúde;
- **Recomendação 3:** os governos devem intensificar o apoio dos seus recursos financeiros e administrativos gerais aos cuidados primários de saúde e atividades afins;
- **Recomendação 4:** que se tenha nas orientações e nos planos de saúde, sempre em conta, as contribuições de outros setores relacionados com a saúde;
- **Recomendação 5:** que os cuidados primários de saúde abranjam, pelo menos, as seguintes atividades:
 - promoção de uma nutrição adequada,
 - abastecimento suficiente de água potável,
 - saneamento básico do meio ambiente,
 - assistência materno-infantil,
 - imunizações,
 - prevenção e luta contra doenças endêmicas locais (cárie, por ex.),
 - educação sobre os principais problemas de saúde,

- educação sobre os principais métodos de prevenção,
- tratamento apropriado das doenças instaladas,
- fornecimento de medicamentos essenciais;
- **Recomendação 6:** concentração nos problemas de maior prioridade, conforme os sintam a comunidade e o sistema de saúde;
- **Recomendação 7:** que os governos fomentem os cuidados primários da saúde de modo a proporcionar à população a própria resolução de seus problemas de saúde;
- **Recomendação 8:** dar alta prioridade às necessidades especiais das mulheres, às crianças e aos setores desfavorecidos da população;
- **Recomendação 9:** estabelece funções e categorias de pessoal de saúde e de atividades afins para os cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 10:** habilitação de pessoal da saúde e de atividades afins para os cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 11:** incentivo para a prestação de serviços de saúde em zonas remotas e desprovidas;
- **Recomendação 12:** desenvolvimento de tecnologias apropriadas para a saúde, adaptadas às necessidade locais, aceitáveis pela comunidade e mantidas pela própria população, de acordo com o princípio da auto-responsabilidade e com recursos que possam ser proporcionados tanto pela comunidade como pelo governo;
- **Recomendação 13:** apoio logístico e instalação para os cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 14:** materiais, instrumentos e equipamentos, além de medicamentos essenciais, para os cuidados primários de saúde;

- **Recomendação 15:** aperfeiçoamento da estrutura administrativas para pôr em prática os cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 16:** reserva de uma parte dos recursos para o empreendimento de investigações contínuas e permanentes sobre os serviços de saúde;
- **Recomendação 17:** que os recursos financeiros relacionados à saúde para todos priorize populações e setores de regiões mais desprotegidas e que tais recursos cheguem ao seu destino;
- **Recomendação 18:** que os governos participem dos cuidados primários de modo permanente e que isto faça parte integrante da política nacional de saúde;
- **Recomendação 19:** recomenda que os governos elaborem, sem demora, estratégias bem definidas de cuidados primários de saúde e apliquem planos de ação para as suas consecuições;
- **Recomendação 20:** sugere uma participação técnica internacional para trocas de informações, experiências e conhecimentos relativos aos cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 21:** dispõe que os organismos internacionais atuem de maneira coordenada, estimulando e ajudando os países a planejarem sua política de cuidados primários de saúde;
- **Recomendação 22:** que a OMS, inspirando-se na Declaração de Alma-Ata e nas declarações desta Conferência, continuem a fomentar e apoiar as estratégias e os planos nacionais de cuidados primários de saúde e que fomentem, também, a mobilização de outros recursos internacionais a favor dos cuidados primários de saúde.

Contudo, não devemos nos contaminar pelo excesso de zelo sanitário que é decorrente da afobação e de pouco conhecimento da realidade. Existem, ao lado de ações puramente preventivas e primárias, níveis outros de deterioração bucal e geral que nos impele a práticas terapêuticas mais radicais e extensas, mas absolutamente necessárias.

Córdon & Garrafa⁴⁴ criticam o excesso de enfoque que está-se dando aos métodos preventivos, como se no Brasil só isto seja sinônimo de Odontologia Social ou comunitária. O preventivismo exagerado, que mascara a verdadeira "face" da Odontologia, precisa ser avaliado e, com certeza, desraizado da verdadeira prática de bom senso odontológico. Por trás deste exagero, podemos estar deixando de realizar procedimentos oportunos e necessários aos nossos cidadãos.

Pinto¹¹⁷, indiscutível autoridade no setor, discorre aberto e futurista pelo tema. Enfoca o social, o econômico, o profissional e seus auxiliares, os equipamentos e esmiuça os aspectos administrativos e gerenciais da Saúde Bucal Pública.

Com ele concordam Narvai⁹⁸ e Mendes & Marcos⁹³.

A definição de sistema incremental, como já dissemos, é abrangente e muito elucidativa; contudo, há uma tendência em abandoná-la, pela sua abrangência restrita à determinados grupos.

A necessidade de reciclagem dos profissionais de saúde é imperiosa, e suas propostas vêm de encontro com as recomendações da Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde.

Para Bertoni¹⁹, no entanto, o que se requer é uma verdadeira revolução no atendimento e prestação de serviços de saúde.

É preciso uma reengenharia humana, uma reengenharia da informação e uma reengenharia de atuação.

Concordamos com o autor e estamos tão convencidos do obsolescência da atual filosofia de prática odontológica que propomos a reengenharia da Odontologia, a "Reodontologia".

Esta alteração radical da filosofia de atuação é almejada por muitos especialistas do setor que vêem, na alteração substancial, a única saída para a resolução dos problemas atuais de saúde bucal da população. Com tal ocorrência de fatos concordam Vasconcelos & Silveira¹⁴⁵.

Pagliarini¹⁰⁹ também acha que a prática tradicional da Odontologia está apartada da realidade da população e não vê solução a não ser que se altere comportamentos, enfoques e gerência sanitária. A Odontologia é uma ciência e, como tal, não pode atrelar-se a modismos, vaidades, deturpações culturais e interesse econômico de alguns grupos apatriados e sem escrúpulos.

A saúde bucal não pode sobreviver apartada e totalmente desvinculada, como está, da saúde geral do indivíduo. Isto contraria princípios atuais bem fundamentados e interessantes, como os descritos por Sabeti¹³¹.

Quanto às políticas de saúde (planejamento, administração, implantação, etc), o caos é quase generalizado. Desde tempos remotos sofremos com o descaso das autoridades e com as migalhas que cabem ao setor, com relação aos recursos financeiros e econômicos. As verbas tão escassas, nem sempre chegam ao destino pretendido. Somos informados todos os dias, pelos jornais, (Carneiro³⁴)

sobre fraudes, corrupções, superfaturamentos e desperdícios do dinheiro público. Os hospitais acham-se em precário estado de funcionamento e os doentes, então, deixados à própria sorte em saguões, porões e macas infectas. Isto não é assistência à saúde e nem a doença. Não é nada, é uma vergonha explícita e uma demonstração cabal da incapacidade e desonestidade dos que têm a função de zelar pelas necessidades corporais, mentais e sociais da comunidade. Segundo Rosen¹²⁶, a saúde pública existe para cuidar do indivíduo em suas carências trinomiais (corpo, mente e social) e, dependendo de como faz isso, a sociedade evoca para si atributos positivos e/ou negativos.

No entanto, há uma ausência nítida de uma política nacional de saúde e não por falta de propostas, como as de Pinto¹¹⁶, Viegas¹⁴⁹ e Chaves⁴⁰, anteriormente, e as de Narvai⁹⁸ e Capistrano Filho³³, agora mais recentemente. Isto sem registrar as propostas rotineiras advindas das reuniões, dos debates e simpósios promovidos pelos órgãos governamentais, como Ministério da Saúde²⁹, OMS¹⁰⁷, Seplan^{134,135}, etc.

Há ainda comentários e informes paradoxais em relação ao que se lê, e sente-se na imprensa leiga, e o que estes informes oficiais propagam. Em 1987, a Conferência Nacional de Saúde Pública⁴², afirmava que estava havendo uma melhoria efetiva nos níveis de saúde bucal da população, como também em termos de cobertura populacional. Nestes termos também argumenta Pinotti¹¹⁵ em 1986.

A adoção de medidas urgentes e fundamentadas na prevenção, aliadas a uma administração clara e com propósitos

benéficos à maioria da população, é recomendada por estudiosos da situação, Chaves^{39,40} e Dunning⁵³, sendo que a atenção para os aspectos econômicos e nutricionais é muito destacada por Campino³².

O desconhecimento por parte dos usuários do que lhes podem proporcionar os serviços bem estruturados foram discutidos por Vasconcelos & Silveira¹⁴⁵ que sentiram o quanto perdem em eficácia os serviços que não planejam para a educação de seus pacientes. A educação para a saúde é primordial e deve fazer parte integrante e seqüencial de programas de saúde em Odontologia. Ciente dessa importância, o Prev/Saúde-Odontologia²⁷ formulou diretrizes básicas, na época, e que hoje notamos serem concordantes com as de Alma-Ata. Em 1988, Berlinguer¹⁸, diz que as reformas sanitárias devem passar por conceitos abrangentes de políticas de saúde, por renovações radicais e pelo esquecimento do histórico.

Num tipo de serviço em que o consumidor se envolve totalmente com o produtor dos serviços, as relações interpessoais devem ser aprimoradas e examinadas, continuamente. Neste sentido, Marx⁸⁷ determina que os envolvidos sintam uma empatia maior pelo serviço e pelo paciente. Com isto melhorará seu relacionamento interpessoal e sentirá uma satisfação geral em servir ao seu próximo.

A motivação e satisfação em servir aos outros é mais facilmente conseguida quando nosso espírito e nosso corpo encontram-se harmonizados e em equilíbrio com o meio ambiente. Seria impossível, segundo Ackoff³, exercemos a contento nossas funções se estivéssemos em conflito conosco mesmo. É necessário que o local onde exercemos nossa profissão seja agradável e nos ofereça o mínimo

de conforto, condições de trabalho e remuneração compatível com nossas responsabilidades e esforços. Uma determinação de metas também é prioritária nas instituições de assistência odontológica à comunidade. As metas estabelecidas devem satisfazer todos os indivíduos envolvidos e ser capaz de "apaixonar" os membros de uma equipe de saúde bucal. Ditando normas de espaço físico e condições satisfatórias de trabalho, bem como preceitos fundamentados em ergologia e ergonomia, Dejours⁴⁸ assinala e rima com o autor anterior.

Cobra & Zwarg⁴¹ acham necessário um maior envolvimento do marketing aos serviços de saúde. Como toda mercadoria ele deve ser divulgado, explicado ao público e detalhado em suas vantagens e efeitos benéficos.

Os beneficiários devem ser informados de suas abrangências, limitações, efeitos e durabilidade, sendo que à empresa prestadora de serviços cabe informar e atender à comunidade, colocando "mercadorias" que supram as necessidades da comunidade. As expectativas de ambas as partes devem ser atendidas para que haja um fluxo harmônico entre os cidadãos e a entidade operadora dos serviços.

Lidar com o público exige muita sensibilidade e percepção, e Bervique & Medeiros²⁰ enfatizam o emprego de conhecimentos de psicologia e relações humanas nessa disposição. Nunca deve-se perder a oportunidade de aumentar os conhecimentos do paciente, por meio de orientações e sugestões que melhorem seu estado de saúde, eliminando crenças e tabus que influem,

sobremaneira, em sua cooperação no tratamento e modificam o êxito geral do atendimento.

O planejamento das ações de saúde quer em âmbito administrativo quer em âmbito clínico, deve fazer parte da programação geral da filosofia de assistência odontológica. Sem o cumprimento desta etapa estaremos desamparados para delegar funções, estabelecer metas e objetivos e tomar decisões.

É preciso que os conceitos de tomada de decisões e delegação de funções fiquem bem estabelecidos na mente dos encarregados em implementar serviços de atendimento público, segundo Engstrom & Mackenzie⁵⁶. Para Borges et al.²⁵ a nitidez de objetivos, a coerência e o senso de realidade é que devem nortear os planejamentos de ações.

A delegação de tarefas e responsabilidades é tão importante que sem o concurso desta seria impossível a existência de núcleos assistenciais odontológicos e, até mesmo, a estabilidade e fluência administrativa de um clínica ou consultório odontológico seriam comprometidas.

Porto^{118,119}, compara a delegação à transformação de uma pessoa menos qualificada (auxiliar) em outra mais eficiente e responsável, investida e autorizada a realizar tarefas que são próprias de pessoas mais habilitadas (dentista).

A delegação competente parece ser o cerne do trabalho em equipe, que foi muito estudado e propalado por Porto¹¹⁹ e Porto et al.¹²⁰.

Com o advento da informática, os grandes centros de atendimento foram mais agilizados e organizados. Novelli¹⁰³, Grec⁶⁹ e Sabbatini^{129,130} são profissionais que se dedicaram ao estudo e a utilização de sistemas informatizados em consultórios e clínicas, estendendo depois os benefícios a escolas, ambulatórios de faculdades de Odontologia e aos serviços de grande porte.

Assim, o registro, a anamnese, as fichas clínicas e de evolução do tratamento, bem como os chamados "papéis burocráticos", foram sendo manejados de modo mais ágil e organizado, eliminando-se ou diminuindo-se, ainda, os erros costumeiros de um preenchimento manual.

A abrangência da informática é coisa espantosa e seus limites são difíceis de serem previstos, em todos os campos onde ela atua e contribui.

Outra dificuldade encontrada na programação e planejamento de serviços odontológicos públicos está no contingente de profissionais da área previsto para o ano 2000.

Seremos cerca de 130 mil dentistas, segundo o Ministério de Educação^{96,97}. Onde lotar esses profissionais? Qual o perfil dos mesmos? Poderão os serviços públicos aproveitá-los?

E, importante, como estaremos em relação à cárie nesta época? Será que com a massificação pretendida dos procedimentos preventivos, o mercado de trabalho suportará e absorverá tamanha demanda de mão-de-obra especializada? E ao pessoal auxiliar em geral o que lhes caberá?

Essas reflexões parecem ser prematuras, mas na verdade encerram preocupações tanto dos profissionais como dos governantes. Infelizmente, as faculdades de Odontologia continuam proliferando descriteriosamente, sem planejamento regional e sem oferecer perspectivas verdadeiras aos futuros profissionais dentistas.

A distribuição desses profissionais não segue também uma prioridade demográfica e tampouco se sabe, claramente, das necessidades regionais, a não ser daquelas mais evidentes e antigas.

Como o modelo assistencial adotado no País é incorreto, pois não supre as necessidades de população nem altera, substancialmente, o quadro nosológico bucal dos cidadãos, torna-se evidente uma modificação radical desses propósitos, uma verdadeira Reodontologia.

Quanto às características do pessoal envolvido (dentistas, auxiliares clínicos e auxiliares técnicos) e aos equipamentos utilizados, também demos passos restritos, se bem que parece estarmos acordando agora. Desde 1965, a equipe de Orientação Profissional da Faculdade de Odontologia de Araraquara, chefiada pelo Prof. Fábio de Angelis Porto, vem preconizando uma melhor qualificação do pessoal auxiliar, reciclando os da região, pesquisando novas técnicas e tendências no setor de atendimento odontológico a quatro mãos e introduzindo conceitos de produtividade e racionalização do trabalho. Porto¹¹⁹, Castro³⁵, Serra e Porto¹³⁵ e Figlioli et al.^{59,60,61,62,63,64,65}, produziram e apresentaram a maioria dos trabalhos nessa área, dentro da Odontologia brasileira. Seus exemplos foram seguidos pelas

Faculdade de Odontologia de Bauru (USP), São José dos Campos (UNESP), Ribeirão Preto (USP) e Lins, entre muitas.

Princípios básicos de ergonomia, simplificação de equipamentos, posturas, técnicas de atendimento, racionalização, produtividade, gerência e marketing tudo isso foi incorporado ao dia-a-dia das clínicas e consultórios, mas ainda encontram resistência na maioria dos serviços comunitários.

É preciso entender que as faculdades de Odontologia precisam modificar e atualizar seus currículos, já que as universidades constituem o centro de difusão do saber e o palco perene dos ensaios e revoluções filosóficas da humanidade.

De nada adianta ter-se uma universidade atuante, participativa e parceira da comunidade, se suas contribuições são vetadas no seio dessa comunidade.

O pessoal de nível técnico e auxiliar clínico já foi de um baixo nível de capacitação, segundo Viegas¹⁴⁸, mas nota-se que este nível está cada vez mais alto. Isto deve-se às entidades de classe odontológica, à evolução tecnológica dos equipamentos e aos interesses e educação em saúde da população, que forçaram a habilitação de pessoal mais qualificado e participativo. Em outros países, onde a prevenção não se constitui um modismo nem solução passageira, o nível de capacitação e participação de pessoal auxiliar é muito elevado.

A participação do pessoal auxiliar clínico em todas as etapas do plano de tratamento é decisiva e cada vez mais envolvente. prova disto são os cursos para THD e ACD que se desenvolvem em

todo o país e que oferecem uma série cada vez mais amplas funções delegadas aos participantes.

Figlioli et al.^{59 a 65}, Porto¹¹⁹, Castro³⁵, Serra & Porto¹³⁵, Abramovitz², Chasteen³⁸, Allan⁵ e Menezes et al.⁹⁴ ditaram normas, conceitos e equiparações quanto ao trabalho e participação desse contingente auxiliar na Odontologia dos dias atuais.

A Secretaria da Cultura e Educação do Distrito Federal^{96,97} juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná¹¹⁰ e com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia¹⁴³ verificaram um aumento significativo da produtividade, uma redução nos custos de implementação dos serviços e também de manutenção e, o que é mais importante, uma redução do índice CPO com conseqüente melhoria das condições bucais dos usuários desses centros de assistência odontológica.

A filosofia desses serviços baseia-se na implementação de procedimentos racionais de prevenção, com a categorização dos indivíduos por risco de cárie, retenção de informações de prevenção odontológica e motivação ao tratamento. A integração entre dentista-pessoal auxiliar e paciente é uma das características mais acentuadas nesses núcleos.

Com este enfoque concorda Bijella²¹ que destaca ser necessária essa integração de interesses para o sucesso da proposta assistencial. Quanto à organização dos atos operatórios, à disposição dos equipamentos e à capacitação preventiva da equipe, Porto et al.¹²⁰, expressaram também conceitos e argumentações. A delegação de tarefas foi estudada por Chapko et al.³⁷, Serra & Porto¹³⁵ e Amaru⁷,

este salientando mais a noção de equipe, que foi introduzida na Odontologia por Porto¹¹⁸.

Pereira & Moreira¹¹³ também chegaram a concluir que há um aumento da produtividade quando o profissional trabalha auxiliado (31,8%). Com a deles estão as opiniões e observações de Dockhorn & Hahan⁵², Simon¹³⁸, Robinson et al.¹²³ e Eleutério & Silva⁵⁴ Filho.

Figlioli et al.^{59 a 65}, desde 1988, vêm ministrando cursos específicos para THD e ACD, na Disciplina de Orientação Profissional, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, quando discriminam, didaticamente, passos técnicos e oferecem subsídios para a realização de etapas que vão desde o exame clínico e radiográfico até as etapas restauradoras e protéticas do tratamento. Contam para isso com o emprego de equipamentos adequados e conceitos modernos de Odontologia a quatro mãos. Há, entretanto, a possibilidade de se empregar mais de uma auxiliar ou que estas auxiliem, simultaneamente, vários dentistas, o que é interessante para os serviços públicos.

Discorrem também sobre a filosofia de tratamento, equipamentos funções expandidas do pessoal auxiliar e motivação da equipe, esses autores.

Dejours⁴⁸ analisa os aspectos administrativos dos serviços de assistência odontológica e é de opinião que não devem diferir muito da administração de outras empresas, onde a produtividade deve ser sempre considerada, aliada à qualidade.

Marx⁸⁷ e a OMS¹⁰⁷ são concordantes quanto à integração dos recursos humanos e ao treinamento contínuo que os

auxiliares devem receber ao longo da vida profissional. Isto motiva-os e faz gerar satisfações mútuas no ambiente de trabalho.

Silva¹³⁷, em seu trabalho de mestrado, deixou-nos uma série de orientações e sugestões quanto à formação e utilização de pessoal auxiliar. Suas conclusões encerram expectativas de uma maior necessidade de reciclagem desse pessoal, de delegações mais expandidas e de uma melhor cobertura dos interesses materno-infantis, já que os cursos de formação muito pouco preparam sobre noções odontopediátricas. As necessidades da clientela passam necessariamente, por um diagnóstico regional que, em última instância, é quem deverá ditar normas para o conteúdo programático desses cursos.

A autora acima também sugere que as escolas de Odontologia absorvam parte dessa mão-de-obra, com o que concordamos, pois se não é lá que se formarão os futuros dentistas que, supõem-se, deverão atuar em seus consultórios, clínicas e serviços públicos, auxiliados!

O papel da reciclagem periódica também foi aventado pelos estudiosos do assunto e nota-se, como diz Pagliarini¹⁰⁹, uma diferença positiva de postura profissional, de rendimento e de comportamento junto aos pacientes, por parte dos que tiveram ou costumam ter um treinamento rotineiro de capacitação.

Foi discutida também a atual situação dos profissionais de saúde com relação às doenças contagiosas e viróticas, como a hepatite e a AIDS. Seria inconcebível não reconhecer a necessidade de proteção tanto dos profissionais quanto de qualquer pessoa, com

relação a essas enfermidades. Um serviço que se propõe a cuidados com a saúde da população deve cuidar-se também com respeito a doenças infecto contagiosas. As medidas de proteção são uniformes e, segundo Barr & Marder¹⁴, a ADA recomenda medidas básicas de proteção, que vão desde o uso imperativo de luvas descartáveis até o emprego de medidas de esterilização e desinfecção sofisticadas.

Finalizando esta parte de análise das condições do pessoal envolvido com serviços públicos de atendimento odontológico, notamos em algumas pesquisas de avaliação da qualidade dos serviços comunitários de odontologia algumas alterações que só podem ser advindas do emprego criterioso de pessoal auxiliar treinado, motivado e realmente convicto de sua participação na melhoria da saúde bucal de seus concidadãos. Trabalhos de Lemos⁸¹, Rosa et al.^{124,125} e dados da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos¹³², onde THDs e ACDs são utilizados, vêm corroborar os argumentos já conhecidos de que o trabalho preventivo tem sido favorecido pela atuação integrada desse pessoal.

O papel da comunidade na atuação dos profissionais de saúde é bem decisivo, já que, segundo Chaves⁴⁰, essa comunidade pode prescindir dos serviços de profissionais que, porventura, não encontrem no seio da mesma amparo econômico e profissional.

Com relação aos conceitos e revisões básicas, referentes ao papel da cárie dentro do contexto de saúde bucal coletiva, a discussão parece ser mais séria ainda.

Os autores, em sua maioria, concordam com os conceitos da doença e preconizam, com raras exceções, as mesmas

terapêuticas. É o caso de Barros¹⁶, Lima⁸², Menaker⁹², Nikiforuk¹⁰¹, Pinheiro¹¹⁴, Walter et al.¹⁵¹ e que estabelecem relações íntimas da cárie com três fatores fundamentais e que devem interrelacionar-se (dente, dieta e microorganismos).

Badenier & Mariño¹³ discorrem sobre conceitos de prevalência, freqüência, transcendência e vulnerabilidade das cáries, além de comentarem sobre os custos que a cárie representa à humanidade e aos governos dos países.

Os conceitos de CPO, tanto em nível coletivo como individual, foram também apreciados por Badenier & Mariño¹³.

Apreciaram fatores como:

- informação ao paciente;
- exame clínico adequado;
- importância da placa;
- informação sobre a dieta;
- funções da saliva.

Esses fatores são fundamentais para uma abordagem clínica de alto nível com respeito às cáries. Essas medidas devem ser propaladas e empregadas em todos os tipos de atendimento de Odontologia comunitária. O êxito final conseguido por alguns serviços (São José dos Campos, Curitiba, Araraquara, Uberlândia e Paulínia e São Carlos) são elucidativos e animadores, forçando uma imitação em nível nacional.

Com relação à etiologia, seus aspectos microbiológicos e bioquímicos, encontramos em Krasse⁸⁰ uma diretriz bem definida.

Suas argumentações são fundamentadas e cientificamente comprovadas. Não devemos prescindir destes conhecimentos!

Ainda com relação ao papel da saliva, do flúor e da dieta no aumento e/ou redução da prevalência e incidência de cáries, temos que as pesquisas de Alaluusua et al.⁴, Aaltonen¹, Buischi et al.³¹, Wilson & Ashley¹⁵² e Birkhed²² são conclusivas, determinantes e reforçam o conceito de que a prevenção não pode mais deixar de figurar como destaque em todos os planos e modelos de assistência odontológica públicos que existem ou haverão de existir.

O diagnóstico precoce da cárie, porém, carece de ponderações e é muito dificultado pela presença de placas, irregularidades de forma e posição, tamanho da cavidade bucal, não-cooperação do paciente, falta de regularidade nas visitas ao dentista, inadequação dos instrumentos e, é claro, pela falta de conhecimento e habilidade do profissional.

O exame clínico não prediz que haja atividade de cárie, nem indica susceptibilidade à mesma, a não ser que haja cavitação evidente. Estas são as ponderações de Kinmear & Forgay⁷⁵ que indicam a análise e determinação dos agentes microbianos para se categorizar a susceptibilidade dos pacientes à cárie.

Quanto à importância da determinação do risco de cárie do paciente, Koch⁷⁷; Hyman⁷¹ e Katz⁷³ são unânimes em preconizar tal procedimento.

O tratamento da cárie não pode ser instituído sem que se conheça os parâmetros determinantes do risco da cárie, o que torna

a terapêutica da mesma individualizada e trabalhosa. Cada pessoa adquire, desenvolve e reage, com particularidades próprias, à cárie.

O conhecimento da placa bacteriana e seus efeitos deletérios à saúde bucal das pessoas foram enfatizados por Medeiros⁹⁰ e Goiris⁶⁷.

Ainda com relação aos procedimentos diagnósticos da cárie e de suas evidentes dificuldades, temos as opiniões de Couto & Couto⁴⁷, que afirmam ser discordante o padrão de identificação desta doença, refletindo nas decisões e planos de tratamento.

Devemos assinalar que toda vez que tomarmos uma decisão de tratamento, onde o diagnóstico for falho, inadequado ou mesmo inexistente, estaremos oferecendo, pelo menos, duas alternativas, ao paciente:

- estaremos propiciando tratamento desnecessário e, portanto, encarecendo-o economicamente ou
- estaremos omitindo terapêutica ao paciente e, portanto, encarecendo-o fisiologicamente.

A localização precisa da cárie, de sua extensão e profundidade ao nível dos tecidos dos dentes depende da habilidade e boa utilização, pelo profissional, dos recursos disponíveis. Kidd⁷⁴, König⁷⁹, Meier & Jensen⁹¹, Peers et al.¹¹¹, Lussi⁸⁵, Gibilisco & Stafane⁶⁶ e Noronha et al.¹⁰², discorreram sobre as dificuldades do diagnóstico das cáries e acham que apenas o exame clínico, mesmo metódico e cuidadoso, não avalia com acurácia e sensibilidade a presença das cáries. É preciso, segundo eles, a complementação deste

pelo exame radiológico interproximal, que traz uma sensibilidade maior.

Como estamos sentindo, existem muitas estratégias no combate às cáries. Nuttall et al.¹⁰⁴, acham inclusive que algumas cáries diagnosticadas não devam sofrer tratamento invasivo-convencional, mas tratamento preventivo-observador. Mais uma vez notamos uma postura preventiva para situações que, em outras épocas, eram tratadas de modo radical, operatório-restaurador.

Pesquisas em diversos países têm mostrado que serviços de assistência odontológica públicos podem e conseguem, com programação, seriedade, envolvimento pleno de seu pessoal e emprego de estratégias preventivas, reduzir a prevalência-incidência de cáries na população, particularmente de jovens e adolescentes. É o caso de Vehkalahti et al.¹⁴⁶, que pesquisou a eficiência desses serviços em Helsinki, em dez anos, registrando resultados auspiciosos.

Contrastes regionais refletem-se também na distribuição das cáries, tanto que Pinto¹¹⁷ ressaltou essa possibilidade ao desvendar que o Nordeste, com relação aos jovens e adultos, é o que melhor condição apresenta; porém, no grupo de 6 a 9 anos é o Sul e no de 10 a 14 anos é o Sudeste. Então, não é só o componente regional, mas a faixa etária e os costumes decorrentes da etnia que também se fazem sentir.

Com relação aos comentários e sugestões operacionais, aos procedimentos sugeridos no combate às cáries e às estratégias que empregam pessoal auxiliar qualificado e engajado em métodos preventivos, estamos com Viegas¹⁴⁸, Gonçalves & Silva⁶⁸, Oliveira et

al.¹⁰⁵ e Couto et al.⁴⁶. O emprego de técnicas consolidadas de prevenção aliadas às condutas humanas bem delineadas de manejo pessoal e sentido altruísta e empresarial deverão elevar o nível dos atendimentos e combater com decisão e eficácia este flagelo da humanidade, que é a cárie.

A educação do paciente, a motivação dos profissionais e pacientes e a higienização supervisionada são princípios que mudaram, radicalmente, alguns serviços que eram apáticos e desacreditados. A implantação de centros de fisioterapia bucal, com higienização supervisionada, surge como a espinha dorsal dos serviços comunitários, como os de Cruzeiro, Curitiba, Brasília e Paulínia.

Cidades como as de São José dos Campos e Curitiba e também outras não estudadas, mas conhecidas, como Ribeirão Preto, que receberam atenções preventivas de ação odontológica e que tiveram seus serviços pautados por uma programação administrativa coerente e sistematizada, usufruem hoje dos resultados de uma sensível redução de seus problemas bucais. A supervisão das medidas preventivas foi determinante nesse êxito, como afirmam Rosa et al.^{124,125}, Silva Filho et al.¹³⁶ e Almeida et al.⁶.

A seqüência de atuações sugeridas por Almeida et al., para os serviços odontológicos comunitários de Ribeirão Preto, devem ser acatados por todos aqueles que se propõem a instalar esses benefícios à comunidade. Foram medidas e atuações simples, coerentes e praticáveis, que acarretaram um decréscimo da prevalência-incidência de cáries no município.

A importância da participação da comunidade encontra apoio nas declarações de Córdova⁴⁵, Pinto^{116,117}, Dockhorn & Hahn⁵² e Katz et al.⁷².

O reforço da higiene bucal, a restrição de carboidratos fermentáveis, as visitas regulares aos serviços e as instituições de medidas, o mais precocemente possível, são idéias que encontram respaldo nas pesquisas de Bjertness²³, Komori⁷⁸, Todescan & Silva¹⁴¹, Horowitz & Doyle⁷⁰ e Ripa¹²².

É incrível e até irônico ou, como dizem Brown et al³⁰, paradoxal que um dos tecidos mais duros do corpo humano seja o mais afetado em todo o mundo. As tomadas urgentes de decisões decorrem de uma administração voltada para o povo e que para ele existe e produz (Rathmell¹²¹).

Estratégias como a aplicação de flúor-fosfato-acidulado duas vezes ao ano, preconizadas por Ripa¹²², não encontram suporte nos anseios dos profissionais da atualidade. O flúor deve ser racional, em baixas concentrações e de aplicação contínua. A cárie é um processo dinâmico e não espera por medidas esporádicas. Concorda, porém, com Ripa¹²² quanto à aplicação deste gel flúor-acidulado, Newbrun⁹⁹.

O que se preconiza, atualmente, é uma combinação das várias medidas preventivas como selantes, fluoretação, controle dietético dos açúcares e higienização bucal supervisionada para a diminuição dos microorganismos com potencialidade cariogênica, segundo Bowen & Tabak²⁶, embora tenham dúvidas quanto à praticabilidade de se controlar a dieta. Com relação ao emprego dos

selantes de fósulas e fissuras, Vono & Vono¹⁵⁰ os recomendam e dão uma série de razões para a eficácia desses materiais. Tais razões foram amplamente confirmadas nestas duas últimas décadas.

A Abeno^{9,10,11,12}, pensando no futuro da profissão odontológica, determinou em suas reuniões anuais uma reflexão, em nível nacional, sobre a eficiência e pertinência dos atuais currículos de Odontologia. Não terão lugar nestes mirabolantes conteúdos programáticos, frutos de intensa pesquisa pedagógica, os preceitos simples e objetivos que previnem ou pelo menos cerceiam tão soberba entidade nosológica?

Rodrigues¹²⁷, em 1995, em monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, como parte dos trabalhos requisitados para o curso de pós-graduação, verificou a efetividade de alguns serviços, tidos como eficazes, pois incluíam em sua filosofia medidas preventivas integrais e eram regidos por uma administração competente e democrática.

Verificou-se, e até com certa frequência, uma semelhança de prioridades, características e procedimentos clínicos entre aqueles serviços de assistência odontológica à comunidade que se caracterizavam como categorizadas. Foi o caso dos serviços de Araraquara, São Carlos, Curitiba, Paulínia e São José dos Campos. Notou-se uma clara determinação nestes serviços em oferecer benefícios integrais à comunidade. A prevenção, embora fosse prioridade, não se constituía em um procedimento isolado. O caso de Curitiba foi muito gratificante, pois verificou-se um desprendimento,

humildade mesmo, de seus participantes em ofertar não serviços odontológicos de qualidade, mas saúde e saúde em geral.

A disposição dos equipamentos e as instalações (foto 1, 2, 3 e 4) mostram a realidade das observações e registram a qualidade das dependências oferecidas aos usuários de Curitiba.

*Curitiba



FOTO 1. Vista frontal da entrada de um dos serviços de assistência em Saúde Coletiva da cidade de Curitiba

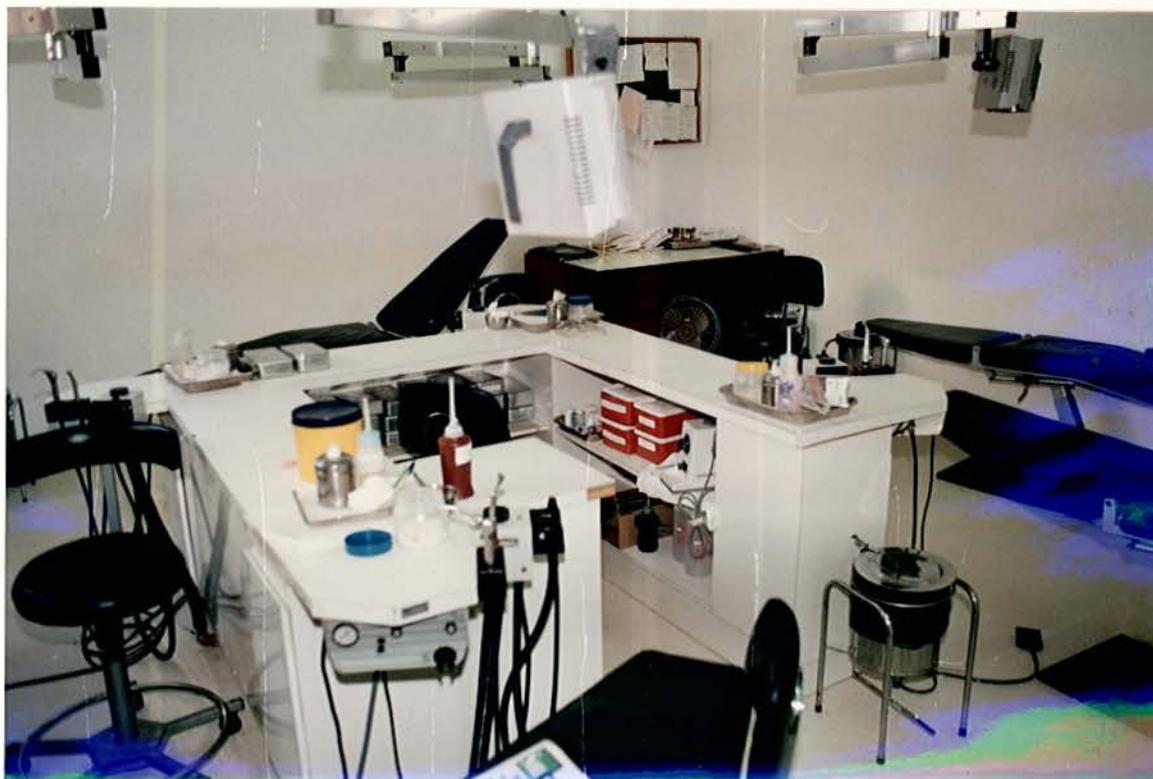


FOTO 2. Vista geral dos equipamentos que circundam a bancada distribuidora dos instrumentais e materiais.



FOTO 3. Equipe clínica em ação. Todos uniformizados, protegidos e com auxiliar. Note-se a presença da auxiliar de bancada em ação.



FOTO 4. Uma vista, mostrando a equipe odontológica em atividade e a auxiliar de bancada, executando tarefas de apoio aos profissionais ao seu redor.

O mesmo ocorreu com Araraquara, São Carlos, Paulínia e São José dos Campos, onde os serviços foram, propositadamente fotografados.

Embora com filosofias operacionais diferentes uma das outras, as cidades acima apresentaram uma assistência odontológica que pode ser categorizada como de médio a alto padrão, se comparada com a de regiões menos favorecidas, por exemplo.

Deu-se ênfase às necessidades regionais e às características ambientais onde o serviço de atendimento comunitário seria oferecido, como: densidade demográfica, necessidades prioritárias de saúde bucal da comunidade local, característica dos equipamentos disponíveis e situação sócio-econômica da comunidade.

São Carlos, por exemplo, possui um serviço comprometido com a população escolar e periférica, ocorrendo o mesmo com Araraquara, só que esta última conta ainda com privilégio e responsabilidade de sediar uma Faculdade de Odontologia, cujo departamento de Odontologia Social ou de Odontologia em Saúde Coletiva presta um tipo de consultoria e treinamento à prefeitura local, como também em São Carlos.

São Carlos adota um sistema interessante de atendimento onde através de seus equipamentos transportáveis e simplificados fazem um rodízio de assistência à população. Enquanto não se satisfaz as necessidades do local onde está instalada a equipe de atendimento odontológico não se vai para outro local.

Com isto a assistência é controlada, bem administrada e dá-se oportunidade de demanda a todos. A motivação da equipe de

trabalho é bem evidente e nota-se uma concatenação maior das fases do plano de tratamento odontológico.

Em Araraquara, além dos locais básicos de atendimento, há o Pronto Socorro Municipal que presta serviços odontológicos a partir das 18 horas. A cidade conta também com um local tido como clínica especializada onde serviços nas especialidade de Endodontia, Periodontia e Prótese são oferecidos à população. Para tais necessidades há uma triagem mais seletiva e que é feita nos centros básicos de atendimento. Os serviços de Araraquara não são transportáveis, cobrindo a maioria das EMEI(Escola Municipal de Educação Infantil), algumas creches e centros de saúde da cidade.

Em Araraquara, a ênfase do atendimento odontológico, oferecido pela Prefeitura local, concentra-se na população de pré-escolares de 3 a 6 anos e em escolares de 7 a 14 anos de idade. O programa de saúde bucal segue as diretrizes e a racionalização do sistema incremental e é muito bem coordenado pelos seus responsáveis.

Contudo, as dificuldades e distorções mais comuns neste tipo de assistência odontológica residem na impossibilidade de se planejar, razoavelmente, e nos escassos mecanismos de controle e avaliação por parte da coordenadoria, mesmo quando esta cumpre esforços adequados de atuação.

Como agravante temos, ainda, o problema de uma demanda sempre maior que a virtual capacidade de atendimento dos serviços disponíveis.

Os anseios e carências a serem satisfeitos devem conter preocupações que sejam passíveis de mensuração e exequibilidade, além de corresponderem à realidade da comunidade.

Em São José dos Campos o plano inicial de atendimento odontológico teve que receber uma reorientação, dando-se prioridade à prevenção. Foi necessário e premente diminuir-se a prevalência de cárie da população, a qual exibia uma flagrante ineficácia das medidas e filosofia até então empregadas.

Nesta cidade, o programa assistencial odontológico é coordenado em nível local pelos cirurgiões-dentistas e com a participação efetiva de pessoal auxiliar (ACD e THD). O professorado da rede municipal também participa e coopera com o programa em ação.

O ponto de referência dessa diretriz de assistência odontológica é a associação de métodos preventivos convencionais, tomando-se como base o risco de cárie do paciente.

Por escassez de recursos ou por dificuldades operacionais, os métodos químicos e bacteriológicos, indicados na determinação do risco de cárie, tornam-se inviáveis, não só nesta localidade como nas outras cidades aqui mencionadas.

Adota-se, então, como método rotineiro para a determinação do risco de cárie, a prevalência da doença. A idade de 7 anos foi adotada como base para a seleção dos escolares de alto risco de cárie, já que esta faixa etária é tida como um bom critério para esta predição.

Para este grupo foi oferecido um programa preventivo diferenciado e que contava com as seguintes etapas:

- limpeza profissional com aplicação tópica de flúor-gel, duas vezes ao ano
- educação em saúde bucal com evidenciação individualizada da placa bacteriana
- escovação supervisionada
- motivação para desenvolver auto-cuidados

Paralelamente, desenvolveu-se um programa preventivo extensivo a todos os escolares, contando em sua essência os seguintes itens:

- bochechos fluorados a 0,2%, semanalmente
- demonstração sobre o papel da placa bacteriana como causa principal da cárie e da doença periodontal em macromodelos e em sala de aula
- demonstração sobre higienização bucal com escova e fio dental, também em macromodelos e em sala de aula
- recomendações para o uso diário de produtos fluorados

Essa reorientação levou a uma redução significativa da prevalência de cárie em todas as idades, principalmente na faixa etária de 7 anos e 12 anos, onde o declínio chegou a 65% e 51%, respectivamente.

A utilização de pessoal auxiliar no desenvolvimento de atividades preventivas permitiram que a mão de obra do dentista ficasse restrita ao programa curativo, conferindo-lhe maior eficácia e, conseqüentemente, em aumento de cobertura odontológica.

Concluiu-se, também, que o acompanhamento, controle supervisão do programas devem ser realizados, continuamente.

Levantamentos epidemiológicos anuais e a cada 3 anos, pelo menos, facilitam o planejamento operacional e não prejudicam a programação normal. Atualmente tem sido dada uma grande importância à questão da avaliação qualitativa das atividades desenvolvidas pelo setor saúde e que é acompanhada com interesse e espírito crítico pela comunidade.

Nos caso de Paulínia, constatamos, igualmente, uma grande disposição das autoridades locais, dos profissionais de saúde e da coletividade, em participar de uma assistência de bom nível.

O programa exerce-se sob a coordenação segura e capaz de profissionais preocupados em oferecer uma odontologia integral, objetiva e prioritária à comunidade bucal.

Os métodos preventivos não são atropelados pelas intervenções convencionais, pois existem demandas para ambos os casos. Isto verifica-se na maioria dos serviços citados, pois ao lado da prevenção tão almejada estão os casos em que ela não pôde efetuar-se.

O alvo também é a faixa etária que engloba os pré-escolares e escolares, principalmente os de alta propensão à cárie.

O cidadão é concebido e tratado como um todo e não apenas como alguém que, por acaso, possui problemas bucodentários.

Há uma completa harmonização entre os profissionais clínicos (CD + ACD) e os equipamentos, os quais são modulares e facilitam sobremaneira a produção desses profissionais.

O pessoal auxiliar executa tarefas específicas de prevenção e interagem com os dentistas durante as tarefas clínicas convencionais.

À comunidade é dada a participação responsável e construtiva para que os frutos alcançados sejam mais perduráveis e motivem a cooperação odontológica da população. As perspectivas são as mais alentadoras possíveis e a avaliação periódica é um fator primordial para a melhoria dos serviços oferecidos.

A seguir exibe-se algumas fotos dos locais mencionados, as quais ilustram melhor as observações feitas.

* São Carlos



FOTO 5. Visão panorâmica dos profissionais atuando com auxílio participativo, em um centro de assistência odontológica de São Carlos.



FOTO 6. Cirurgiã-dentista e auxiliar, uniformizados, em atendimento a uma escolar. Os equipamentos e instrumentais utilizados, como nota-se, são bastante razoáveis para este tipo de assistência odontológica comunitária.



FOTO 7. Um dos equipos modulares empregados por este centro de atendimento odontológico. A simplificação e sua fácil manutenção foram as características almejadas.

*Araraquara

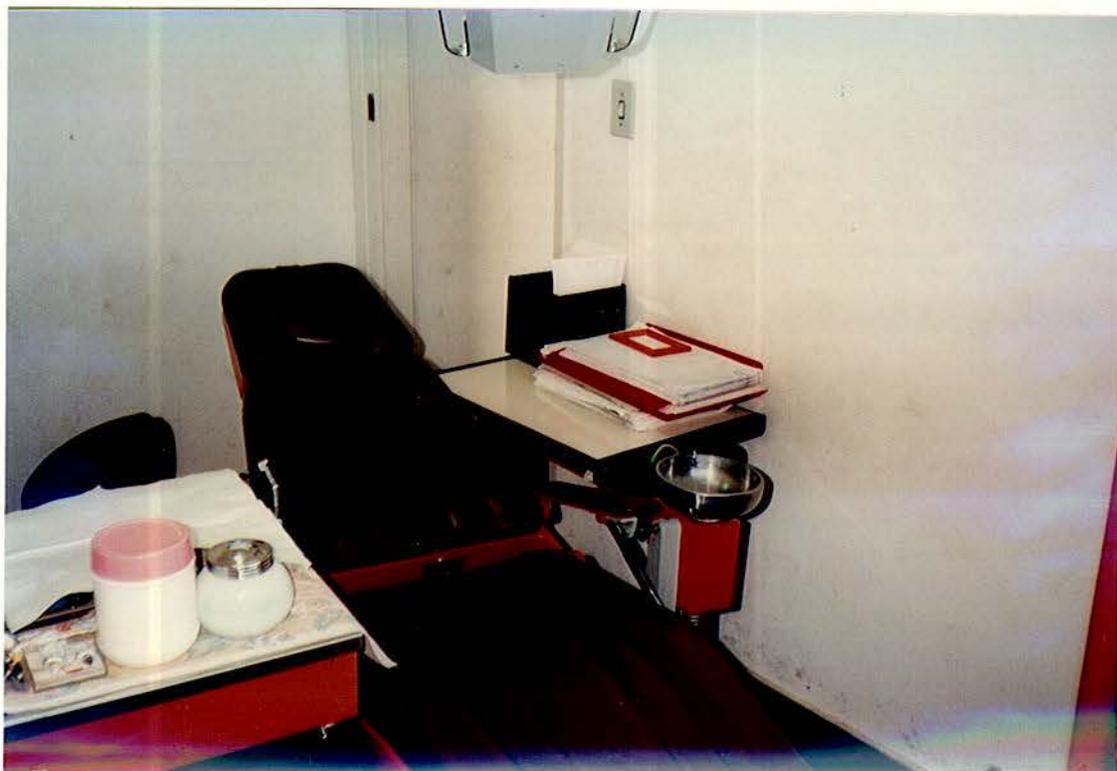


FOTO 8. Equipamento e espaço físico utilizados em um núcleo de atendimento odontológico de Araraquara. Nota-se a simplificação de equipamentos convencionais.



FOTO 9. Um outro equipamento, este mais antigo, mas que adaptou-se, plenamente, à filosofia de atendimento preconizada para esta comunidade.



FOTO 10. Profissional em atendimento em um dos centros de assistência da rede escolar da cidade. Notem o ambiente de trabalho e a preocupação com o uniforme e a proteção.

*Paulínia



FOTO 11. Profissionais uniformizados, protegidos e auxiliados, prestando atendimento em um núcleo de Paulínia. A auxiliar de bancada serve a todos.



FOTO 12. Vista de uma bancada central onde é faz-se a distribuição dos materiais e instrumentais aos diversos equipos que a circundam.



FOTO 13. Outra vista da equipe odontológica ou ação. Observem que o uniforme é parcial e optativo para as auxiliares. Os equipamentos são modulares e simplificados.

*São José dos Campos



FOTO 14. Equipe odontológica em núcleo urbano de assistência odontológica. Percebam que o trabalho realiza-se em um equipamento moderno e convencional, mas que não foi adaptado para um profissional canhoto.



FOTO 15. Trabalho em posição ergonômica e com equipe uniformizada. Observem, mais uma vez, que o equipo não foi adaptado às condições dos profissionais.

Na cidade de Jacareí as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os locais em que se oferecem os serviços básicos de Odontologia. As UBS são sediadas em escolas públicas municipais e estaduais.

Há também o sistema de mutirões de saúde para os bairros afastados e que é feito em forma de rodízio. São realizados aos sábados, das 8:00 às 13:00 h.

A cidade conta ainda com o ODONTO-BEBÊ que é um serviço prestado às gestantes, mães recentes e ao seu bebê. É um posto fixo e atende das 1:15 h às 14:30h., todos os dias, exceto aos domingos e feriados. A filosofia do serviço de assistência odontológica à comunidade jacareense é de caráter convencional e básico, mas com incursões e atenções preventivas também. Pode-se dizer que é uma proposta mista com predominância para o tipo convencional.

A coordenadoria fica a cargo de cirurgiões dentistas da rede local e os equipamentos são convencionais, fixos e, de uma certa maneira, impedem uma produtividade maior dos participantes.

O pessoal auxiliar é formado por ACD que recebe eventuais reciclagens na própria instituição a que está lotado.

Existe, porém, esforços no sentido de que haja uma reestruturação futura no serviço e para isto está sendo ouvida a comunidade. Uma característica, no entanto, marcante deste serviço é a sua sistemática de remuneração, onde os profissionais, talvez, sejam os melhores pagos da região.

Vejamos agora o que pôde-se apurar do contato, através de entrevistas pessoais e do emprego do questionário (ANEXO I) nas cidades de Brasília (DF), Caçapava, Cruzeiro e São Paulo (Capital).

Nos locais onde as entrevistas e o questionário foram aplicados notou-se uma certa semelhança nas atuações clínicas e administrativas, com exceção da cidade de Cruzeiro que possui além do atendimento básico e convencional, um apêndice preventivo específico que é a Escola Municipal de Fisioterapia Bucal.

Esta escola oferece aos munícipes uma orientação detalhada e completa de fisioterapia e higiene bucal, crendo ser este serviço complementar de relevante importância para a manutenção da saúde bucal do indivíduo e de prevenção contra as doenças bucais.

Com esta característica e propósito a assistência odontológica comunitária na cidade chega a ser de nível médio, satisfazendo a administração e a população, de certo modo.

Caçapava, São Paulo e Brasília apresentaram uma estrutura funcional semelhante com núcleos de atendimento lotados em escolas públicas e bairros. São Paulo e Brasília possuem, é claro, outros locais fixos de assistência com organização político-administrativa mais estruturadas e serviços expandidos de prevenção.

No mais, há a tradicional prestação de serviço a população de baixa renda e onde a filosofia convencional (curativa) predomina.

Embora muitos autores afirmem que o problema da Saúde Nacional não seja apenas a escassa margem de recursos

apontados à área, temos que admitir que esta é a questão mais marcante.

Não é sem trégua que os responsáveis por este setor solicitam maiores recursos e até apelam para a criação de novos impostos. Os recursos, cremos, têm que existir, mas devem ser muito bem definidos para que resultem em benefícios à comunidade.

Convém registrar também a importância da educação em saúde. Na realidade, um povo só tem a educação que pode e não a que deseja. Educação, infelizmente, não se consegue por um simples decreto. A educação que deixou de ser requinte fortuito para ser uma necessidade pessoal, social e nacional, não é mais um privilégio, mas um direito universalmente vivo na consciência da maioria dos povos e inscrito na legislação de todos os países. Sem estes propósitos educacionais e filosóficos será muito difícil sair da subserviência para a efetiva profissionalização em saúde coletiva.

Em nossas observações deparamos com todas as características de modelos assistenciais e pudemos notar que a maioria cumpre, dentro de suas limitações, os propósitos estabelecidos. Há, porém, casos de escuridão administração, planejamento e execução de alguns serviços odontológicos, como os de Curitiba, São Carlos, Araraquara, Paulínia e São José dos Campos, entre outros, onde nota-se, claramente, a valorização dos recursos humanos e os investimentos feitos em pessoal auxiliar treinado e motivado, além da preferência nítida pelos preceitos preventivos sem descuidar das patologias já existentes.

A odontologia de saúde pública deve assumir logo seu papel primordial que é o de promover a saúde da população.

Assim, deve deixar de centralizar seus esforços no tratamento sintomático da cárie e adotar uma postura mais ampla, no sentido de repassar às comunidades informações que lhes possibilitam, através do auto-cuidado, exercer ações que sejam de manutenção de sua saúde bucal e geral.

Em um programa de saúde pública também não se pode relegar a um plano inferior o chamado grupo da terceira idade. A saúde é para todos ou não é um bem. Para o ano 2000 seremos cerca de 8% de idosos, portanto, a preocupação é válida e recomenda-se uma definição de política e de programas odontológicos específicos, também para a terceira idade. Os idosos de hoje e amanhã foram os pré-escolares e escolares de ontem, supondo com alguma certeza que suas carências odontológicas são do passado, do presente e, parece, também de futuro.

A seguir, ilustramos o resultado das entrevistas realizadas nos serviços apontados com os quadros 1, 2 e 3, onde revela-se as atuações desses centros de atendimento.

QUADRO 1 -

Serviço		Informatizado	Enfoque	Educação Odontológica	Pessoal Auxiliar	Uniforme	Reciclagem CD	Reciclagem P.Auxiliar	Proteção	Esterilização Desinfecção
Araraquara	Municipal	Parcialmente	+++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
Brasília	Federal	Totalmente	++++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Parcial	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
Caçapava	Municipal	Não	+ Curativo Preventivo	+ Sim	Não	Não	Eventual	—	Parcial	Estufa e química
Cruzeiro	Municipal	Não	+++ Curativo Preventivo	+ Sim	Parcialmente	Parcial	Eventual	—	Completa	Estufa e química
Curitiba	Municipal	Totalmente	++++ Curativo Preventivo	++++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
Jacareí	Municipal	Não	++ Curativo Preventivo	++ Sim	Parcialmente	Total	Anual	Eventual	Parcial	Estufa química
Paulínia	Municipal	Parcialmente	+++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
São Carlos	Municipal	Parcialmente	+++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
S.J.Campos	Municipal	Parcialmente	+++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química
São Paulo	Municipal	Parcialmente	+++ Curativo Preventivo	+++ Sim	Totalmente	Total	Anual	Anual	Completa	Estufa autoclave e química

QUADRO 1 - (Cont.)

	Ficha Clínica	Flúor	Agenda/to	Tipo Usuário Idade	Posição de Trabalho CD	Contratação do Profissional	Tipo de Equipamento	Divulgação Serviço	Necessidade de Tratamento
Araraquara	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11 11-16	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Brasília	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11 11-16	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Caçapava	Sim	Abastecimento Público Bochechos	Sim	6-11 11-16	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular	Radio Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Cruzeiro	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável	Radio Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Curitiba	Sim	Abastecimento Público Comprimido Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11 11-19	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável Adaptado	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Jacarei	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11 e bebês	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular	Radio Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
Paulínia	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-12	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável	Radio Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
São Carlos	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-11 11-16	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável Adaptado	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
S.J.Campos	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-12	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão
São Paulo	Sim	Abastecimento Público Gel Tópico Bochechos	Sim	3-6 6-14	7 9 h 11	Concurso	Fixo Modular Transportável	Radio TV Imprensa	Cárie Doença Periodontal Maloclusão

QUADRO 2 - Terapêuticas mais utilizados contra as cáries nas diversas cidades

	Selantes	Fluoretação Tópica	Profilaxias Periódicas	Orientação Dietética	Outros
Araraquara	Sim	Sim	Sim	Sim	Educação Odontológica
Brasília	Sim	Sim	Sim	Sim	Educação Odontológica
Caçapava	Pouco	Sim	Sim	Não	Educação Odontológica
Cruzeiro	Sim	Sim	Sim e Supervisionada	Não	Orientação à Gestantes
Curitiba	Sim	Sim	Sim e Supervisionada	Sim	Gestantes Culinária à Domicílio
Jacareí	Sim	Sim	Sim	Não	Orientação à gestantes e mães recentes
Paulínia	Sim	Sim	Sim	Sim	Educação Odontológicas
São Carlos	Sim	Sim	Sim e Supervisionada	Sim	Gestantes Ed. Odont.
S.J. Campos	Sim	Sim	Sim	Sim	Educação Odontológica
São Paulo	Sim	Sim	Sim	Sim	Ed. Odont. gestantes, pais e bebês

QUADRO 3 - Formas mais efetivas de prevenção de cáries em comunidade, verificadas por este estudo

	Selantes	Fluoroterapia (bochechos)	Restrições de Açúcares	Controle placa
Araraquara	bem efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
Brasília	bem efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
Caçapava	pouco efetivo	efetivo	-----	pouco efetivo
Cruzeiro	efetivo	efetivo	-----	efetivo
Curitiba	muito efetivo	efetivo	+/- efetiva	efetivo
Jacareí	efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
Paulínia	efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
São Carlos	muito efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
S.J. Campos	muito efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo
São Paulo	efetivo	efetivo	pouco efetiva	efetivo

Como nota-se pelos quadros 1, 2 e 3 há uma semelhança de abordagem na prevenção da cárie dentária entre os serviços de assistência odontológica mesmo porque os locais visitados e observados possuíam um nível de organização e instalação também semelhantes.

A filosofia predominante na maioria destes centros de assistência em odontologia comunitária é a preventiva, embora os serviços prestados sejam, predominantemente, curativos e convencionais.

Parece que estamos perdendo para a cárie e não há nenhum serviço prestado que seja, unicamente preventivo, o que revela a situação bucal do país.

O que existe são serviços com predominância preventiva em sua assistência visto que iniciaram-se na prevenção antes dos outros e não deixaram-se envolver, insidiosamente, pelas indústrias descategorizadas de materiais odontológicos.

Quanto às terapêuticas empregadas no tratamento das cáries, existe uma padronização entre as mesmas. As cidades oferecem aos seus habitantes todos os recursos preventivos existentes na profissão. O que convém perguntar entretanto, é se os mesmos são utilizados com os critérios e observância técnica exigidos pelo fabricante.

Muitos serviços fazem uma calibragem prévia de seus profissionais assegurando assim uma homogeneidade maior nos procedimentos terapêuticos. Mesmo assim, a variação é inevitável.

Embora o verniz esteja passando por uma crise de credibilidade muitas localidades, entre elas Curitiba, adotam o mesmo associado ao flúor, alegando:

- facilidade de uso
- uso em crianças que não podem ou não sabem bochechar
- custo/benefício do uso.

O uso do ionômero de vidro em localidades como Curitiba, Brasília e São José dos Campos é comumente adotado argumentando que o mesmo bem utilizado oferece mais vantagens e benefícios que os materiais de preenchimento do tipo óxido de zinco e eugenol. Em decíduos o seu emprego vem sendo incrementado e acompanhado por um ano (caso específico de Curitiba).

Recursos como a fluoroterapia semanal com NaF a 0,2% para crianças de 5 a 6 anos tem sido uma proposta cada vez mais aceita e utilizada nos serviços públicos de assistência odontológica. Outros recursos como a escovação supervisionada e diária em crianças acima de 2 anos, também vem sendo muito empregados.

A motivação para esses comportamentos são o novo alvo/desafio no âmbito desses serviços. Espera-se que os efeitos surjam rápidos e promissores.

6 CONCLUSÕES

De acordo com a revisão da literatura, dos dados colhidos pela aplicação do questionário (ANEXO I) e pelas entrevistas com pessoas envolvidas com serviços de assistência odontológica comunitária, foi possível concluir que:

- 1. É urgentemente necessário hierarquizar as prioridades e os tipos de assistência que desejamos oferecer à comunidade.
- 2. É indispensável padronizar-se o equipamento, a filosofia de atuação e os serviços ofertados, sem contudo alterar as características próprias da região e da comunidade visada.
- 3. A prevenção, deve nortear, sempre, toda e qualquer idealização de programas assistenciais públicos.
- 4. O emprego de pessoal auxiliar, treinado e motivado, é de fundamental importância para o êxito desses serviços.
- 5. Existem serviços modelares de assistência odontológica à comunidade e que caracterizam-se pelo estabelecimento de

- prioridades, planejamento adequado de atuação, criatividade do pessoal envolvido e qualidade dos serviços prestados.
6. A filosofia do serviço odontológico transportável é um novo conceito que deve ser testado em outros serviços e localidades para comparar-se sua eficiência, abrangência e custo operacional.
 7. A participação da Universidade em convênios com serviços municipais deve ser incentivada, pois torna mais evidente a extensão dos serviços prestados à comunidade.
 8. A reciclagem periódica dos membros da equipe odontológica é fator primordial para o êxito de serviços odontológicos comunitários.
 9. A avaliação periódica e contínua dos resultados e diretrizes dos programas de assistência odontológica pública é questão de suma importância para futuras reorientações.
 10. Os equipamentos utilizados, o nível de preparo, o envolvimento do pessoal de saúde bucal e o tipo de liderança exercido junto aos núcleos assistenciais são fatores relevantes para o êxito do atendimento.
 11. É preciso dedicação, preparo, conhecimentos e uma certa criatividade para trabalhar-se em serviços comunitários de saúde.

12. A odontologia precisa mudar e não melhorar! Precisamos realizar uma reodontologia, uma nova prática odontológica, brasileira e mundial que configure-se por preocupações totais com o indivíduo e com a comunidade.

Diante das conclusões emitidas estamos propomos uma nova perspectiva e um novo enfoque para o estabelecimento de assistência odontológica pública, fundamentado na prevenção da cárie e que conte com a participação de pessoal auxiliar (Anexo II).

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- 1 AALTONEN, A.S. Caries development in children in relation to the levels of salivary lactobacilli in their mothers. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, v.84, n.3, p.153-9, 1988.
- 2 ABRAMOVITZ, J. Expanded functions for dental assistants: a preliminary study. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.72, p.386-91, 1966.
- 3 ACKOFF, R.L. *Gerência em pequenas doses*. Rio de Janeiro. Campus, 1988. 142p.
- 4 ALALUUSUA, S. et al. Caries in the primary teeth and Streptococais mutans and lactobacillus levels as indicators of caries in permanent teeth. *Pediat. Dent.*, v.9, n.2, p.126-30, 1987.
- 5 ALLAN, C.J. Dental auxiliaries-the future: more or less? *Br. Dent.*, v.167, p.85-6, 1989.

* Baseado em:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, Rio de Janeiro. Referências bibliográficas NBR 6.023. Rio de Janeiro, 1989. 19p.

- 6 ALMEIDA, R.T.L.S. et al. Projeto aplicado na Secretaria Municipal de Saúde, de Ribeirão Preto. Departamento de Odontologia Preventiva-Sugestões para um módulo de saúde oral. *Rev. Paul. Odont.*, n.3, p.21-4, 1991.
- 7 AMARU, C. *Gerência de trabalho de equipe*. São Paulo: Pioneira, 1986. 99p.
- 8 ANGELINI, A.L. *Motivação humana*. Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio Editora, 1973. 228p.
- 9 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - ABENO. IX Reunião - Recomendações. São Paulo, 1972.
- 10 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - ABENO. XVI Reunião. Recomendações. João Pessoa, 1979.
- 11 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - ABENO. XXIII Reunião. Recomendações. Florianópolis, 1987.
- 12 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - ABENO. XXIV Reunião. Recomendações. Belém, 1988.

- 13 BADENIER, O., MARIÑO, R. *Magnitud de las enfermedades dentales em adultos mayores de 60 años. Vejez y envejecimiento*. n.2. Cuadernos del Deptº de la salud pública. División Sur. facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1987.
- 14 BARR, C.E., MARDER, M.Z. *Aids- a guide for dental practice*. Chicago: Quintessence, 1987. 127p.
- 15 BARROS, O.B. *Ergonomia I - a eficiência de rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia*. São Paulo: Pancast, 1991. 196p.
- 16 BARROS, Z. Cárie - uma vilã pré-histórica. *Rev. ABO Nac.*, v.2, n.4, p.283-6, 1994.
- 17 BELLINI, H.T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *Biblioteca Científica da ABOPREV*, n.3, 1991.
- 18 BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988. 150p.
- 19 BERTONI, B. *Reengenharia humana - preparando o indivíduo para a mudança*. Salvador: Casa da Qualidade, 1994. 147p.
- 20 BERVIQUE, J.A., MEDEIROS, E.P.G. *Ciências da conduta na área da saúde*. São Paulo: Interamericana, 1980. 359p.

- 21 BIJELLA, V.T. Fatores determinantes da baixa produtividade do cirurgião-dentista. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.34, p.40, 1980.
- 22 BIRKED, D. Behavioural aspects of dietary habits and dental caries. *Caries Res.*, 24(suppl 1): p.27-35, 1990.
- 23 BJERTNESS, E. The importance of oral hygiene on variation in dental caries adults. *Acta Odontol. Scand.*, v.44, p.97-102, 1991.
- 24 BOHATY, B.S. et al. Prevalence of fluorosis - like lesions associated with topical and systemic fluoride usage in a area of optimal water fluoridation. *Pediatr. Dent.*, n.11, p.125-8, 1989.
- 25 BORGES, S.R. et al. *Iniciação à administração em odontologia*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1989.
- 26 BOWEN, W.H., TABAK, L.A. *Cariologia para a década de 90*. São Paulo: Ed. Santos, 1995. 462p.
- 27 BRASIL - PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE. *Prev. Saúde Odontologia*. Brasília: 1980.

- 28 BRASIL - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8^a, Brasília, Relatório Final, Ministério da Saúde, 1986.
- 29 BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. *Programa nacional de prevenção da cárie dental - precad.* Brasília, 1989 (minmeo)
- 30 BROWN, P.G. et al. *Caries.* Valparaiso, Chile: Ediciones de la Universidad de Viña del mar, 1991. 149p.
- 31 BUISCHI, Y.A.P. et al. Salivary streptococcus mutans and caries prevalence in Brazilian schoolchildren. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.*, v.17, n.1, p.28-30, 1989.
- 32 CAMPINO, A.C.C. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. *Rev. Saúde Publ.*, v.20, n.1, p.83-101, 1986.
- 33 CAPISTRANO, F^o, D. et al. *Saúde para todos - um desafio do município: a resposta de Bauru.* São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1985.
- 34 CARNEIRO, C. C.P.I. aponta rombo de US\$1,6 bilhão na saúde. *O Estado de São Paulo.* São Paulo: 22 de novembro de 1994, p.A-3.

- 35 CASTRO, J.R.F. *Contribuição aos estudos de produtividade em odontologia. Uma técnica de trabalho com e sem auxiliar odontológica, na execução de restaurações de amálgama e de resina composta, em consultório montado em armário-equipó.* Araraquara, 1973. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara.
- 36 CEPAL, S. Magnitud de la pobreza em la America latina em los años ochenta. Notas sobre la economia y el desarrollo. Santiago: p.494-5, 1990.
- 37 CHAPKO, R. et al. Delegation of expanded functions to dental assistants and hygienists. *Am. J. Publ. Health*, v.75, p.61-5, 1985.
- 38 CHASTEEN, J.E. *Four-handed dentistry in clinical practice.* Saint Louis: Mosby, 1978.
- 39 CHAVES, M.M. *Odontologia social.* 2.ed. São Paulo: Ed. Labor do Brasil, 1977. 448p.
- 40 CHAVES, M.M. *Odontologia social e preventiva.* São Paulo: Artes Médicas, 1986.
- 41 COBRA, R., ZWARG, F.A. *Marketing de Serviços - conceitos e estratégias.* São Paulo: McGraw-Hill, 1986. 284p.

- 42 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. *Resoluções*.
Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
- 43 CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA *Decisão 26/84*.
Rio de Janeiro, n.22, p.13-14, 25 de outubro de 1987.
- 44 CORDÓN, J.A., GARRAFA, V. Prevenção versus preventismo.
Divulg. Saúde para Debate, n.6, p.10-16, 1991.
- 45 CÓRDOVA, Y. El desarrollo del personal de salud y la tecnologia
apropiada en el marco de la atención primaria. *Acta odont.*
Ven., p.23-4, 1991.
- 46 COUTO, J.L. et al. Motivação do paciente. *RGO*, v.40, n.2, p.143-
50, 1992
- 47 COUTO, J.L., COUTO, R.S. Programa de motivação do paciente.
RGO, v.40, n.6, p.433-8, 1992.
- 48 DEJOURS, C. A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do
trabalho. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1988. 163p.
- 49 DINIZ, J. *Ccontribuição ao estudo do sistema incremental de
atendimento odontológico*. Salvador. 1987 Tese (Doutorado) -
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

- 50 DISTRITO FEDERAL - SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E CULTURA. Projeto Saúde bucal - programa integrado de saúde escolar - Pise, Brasília, 1977. 36p.
- 51 DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educ. Med. Salud*, v.28, n.4, p.478-89, 1994.
- 52 DOCKHORN, D.M.C., HAHN, N.A.S. A formação de cirurgiões dentistas para a odontologia do próximo século: o papel da disciplina de odontologia social. *Odonto Ciência*, v.14, p.177-86, 1992.
- 53 DUNNING, J.M. *Principles of dental public health*. Cambridge: Harvard University, 1968.
- 54 ELEUTÉRIO, D., SILVA FILHO, F.P.M. Frequência da utilização da auxiliar odontológica na atividade clínica do cirurgião-dentista. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.35, n.2, p.118-24, 1981.
- 55 ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO - ENATESPO. 8ª, São Paulo, 1991. 5p.

- 56 ENGSTROM, T.M., KACKENZIE, R.A. *Administração do tempo*.
Florida: Editora Vida, 1975. 254p.
- 57 FERREIRA, F.P. *Dicionário de bem-estar social*. São Paulo:
Cortez Editora, 1982. 362p.
- 58 FERREIRA, F.A.G. *Sistemas de saúde e seu funcionamento*.
Lisboa: Fundação Calouste Quebenkian, 1988. 540p.
- 59 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de
atendente de consultório dentário. I parte - prefácio pessoal
auxiliar e ao cirurgião-dentista. *Odontol. Med.*, v.15, n.1, p.43-
6, 1988.
- 60 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de
atendente de consultório dentário. II parte - funções da ACD
normas do C.F.O. *Odontol. Med.*, v.15, n.2, p.36-7, 1988.
- 61 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de
atendente de consultório dentário. III parte - relações humanas
no consultório odontológico. *Odontol. Med.*, v.15, n.4, p.44-9,
1988.
- 62 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de
atendente de consultório dentário. IV parte - noções de

equipamentos odontológicos. *Odontol. Med.*, v.15, n.4, p.40-50, 1988.

63 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de atendente de consultório dentário. IX Aula - II parte - exame clínico e radiográfico - documentação clínica. *Odontol. Med.*, v.17, n.9, p.40-6, 1988.

64 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de atendente de consultório dentário. Cap. IX - exame clínico e radiográfico. organização da bandeja e mesa clínica. Papel da auxiliar durante o procedimento. Parte III. *Odontol. Med.*, v.17, n.11 e 12, p.41-3, 1990.

65 FIGLIOLI, M.D., CASTRO, J.R.F., PORTO, F.A. Curso de atendente de consultório dentário. Cap. IX - exame clínico e radiográfico. Parte IV. Métodos de higienização. *Odontol. Med.*, v.18, n.1 e 12, p.30-4, 1991.

66 GIBILISCO, J.A., STAFNE, E.C. Diagnóstico radiográfico em odontologia. Buenos Aires: Panamericana, 1978.

67 GOIRIS, F.A.J. Placa bacteriana - aspectos estruturais e formação. *RGO*, v.32, p.70-3, 1984.

- 68 GONÇALVES, R.M.G., SILVA, R.H.H. Experiência de um programa educativo preventivo. *RGO*, v.40, p.97-100, 1992.
- 69 GREC, W. Uso da informática em consultório odontológico. *Rev. Paul. Cirurg. Dent.*, v.40, p.339-41, 1986.
- 70 HOROWITZ, H.S., DOYLE, J. The effect on dental caries of topically applied acidulated phosphate-fluoride: results after three years. *J.Am. Dent. Assoc.*, v.82, p.359-65, 1971.
- 71 HYMAN, J.J. Dental caries in the active duty navy population. *Military Medic*, v.148, p.514-7, 1983.
- 72 KATZ, S., McDONALD, J.L., STOOKEY, G.K. Odontologia preventiva en acción. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1982. 375p.
- 73 KATZ, S. Identificación de grupos de población con alto riesgo de caries. *Rev. Ass. Odont. Argent.*, v.75, n.6, p.192-6, 1987.
- 74 KIDD, E.A.M. et al. Occlusal caries diagnosis: a changing challenge for clinicians and epidemiologists. *J. Dent.*, v.21, p.323-31, 1993.

- 75 KINMEAR, M.E., FORGAY, M.G.E. Monitoring levels of streptococcus mutans: a clinical tool in caries prevention. *Probl.*, v.25, n.2, p.64-6, 1991.
- 76 KLOETZEL, K. *As bases da medicina preventiva*. São Paulo: Edart, 1973. 399p.
- 77 KOCH, G. Importance of early determination of caries risk. *Int. Dent. J.*, v.38, p.203-10, 1988.
- 78 KOMORI, R.M.M. et al. A necessidade de prevenção da cárie em crianças. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.45, n.4, p.557-9, 1991.
- 79 KONIG, K.G. Dental morphology in relation to caries resistance with special reference to fissure as susceptible areas. *J. of Dent. Res.*, v.42, n.1, p.461-76, 1963.
- 80 KRASSE, B. *Risco de cáries: um guia prático para controle e assessoramento*. São paulo: Quintessence, 1986. 113p.
- 81 LEMOS, M.M.V. *Sistema incremental: a necessidade de tratamento de crianças em idade escolar*. Uberlândia: Universidade Federal, 1991. 23p.

- 82 LIMA, J.E.O. Um plano de prevenção para consultório odontopediátrico. *RGO*, v.40, p.395-9, 1992.
- 83 LÖESCHE, W.J. *Cárie dental - uma infecção tratável*. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica, 1993. 349p.
- 84 LOPES, F., GOTTSCHALK, A. *Recessão, pobreza e família, a década pior do que perdida*. *São Paulo em Perspectiva*, v.4, n.1, p.102-9, 1990.
- 85 LUSSI, A. *Comparison of different methods for diagnosis of fissure caries without cavitation*. *Caries Res.*, v.27, p.409-16, 1993.
- 86 MARQUES, J.H.S. *Recomendações, cuidados especiais e prevenção em odontologia clínica*. São Paulo: Art & Tec Editora, 1993, 141p.
- 87 MARX, F.M. *Elementos de administração pública*. Brasil: Atlas, 1968. 583p.
- 88 MEC-SESU *Perfil dos recursos humanos em odontologia*. Brasília, 1981 (mimeo).
- 89 MEDEIROS, E.P.G. Formação de pessoal auxiliar: situação atual e legal. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.32, p.378-83, 1978.

- 90 MEDEIROS, U.V. Aspectos gerais no controle da placa bacteriana - controle da placa bacteriana em saúde pública. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.45, n.3, 1991.
- 91 MEIERS, J.C., JENSEN, M.E. Management of the questionable carious fissure: invasive vs non invasive techniques. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.108, p.64-8, 1984.
- 92 MENAKER, L. *Cáries dentárias: bases biológicas*. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 461p.
- 93 MENDES, E.V., MARCOS, B. *Odontologia integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológica*. Belo Horizonte: PUC-MG-PINEP, 1984.
- 94 MENEZES, J.D.V. et al. *Atividades do pessoal auxiliar. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia*. Rio de Janeiro; C.F.O., P.67-72, 1990.
- 95 MERRET, M.C.W., ELDERTON, R.J. An in vivo study of restorative dental treatment decisions and dental caries. *Br. Dent. J.*, v.157, n.4, p.128-33, 1984.

- 96 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - BRASIL *Estoque de profissionais do nível superior - 1970/85*. Brasília, 1985. (Estudos Estatísticos, 2).
- 97 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - BRASIL. *Estoque de profissionais e número de concluintes do nível superior - 1954/87*. Brasília, out. 1990 (Estudos estatísticos, 11).
- 98 NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
- 99 NEWBRUN, E. *Topicos fluoride therapy: discussion of some aspects of toxicology, safety and efficacy*. *J. Dent. Res.*, v.66, p.1084-6, 1987.
- 100 NEWBRUN, E. *Cariologia*. 2ª São Paulo: Ed. Santos, 1988. 326p.
- 101 NIKIFORUK, G. *Understading dental caries: etiology and mecanisms basic clinical aspects*. New York: Karger, 1985. 303p.
- 102 NORONHA, J.C. et al. *Diagnóstico de cáries proximais*. *RGO*, v.39, n.5, p.383-7, 1991.

- 103 NOVELLI, M.D. *Implantação de um sistema de cadastramento e análise de dados de pacientes com o auxílio de um computador, na área de Patologia Bucal*. São Paulo, 1977. Tese(Mestrado) - faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP.
- 104 NUTTAL, M.N. et al. Caries management strategies used by a group of scottish dentists. *Br. Dent. J.*, v.176, p.373-8, 1994.
- 105 OLIVEIRA, G.C.R. et al. Higiene bucal orientada. *RGO*, v.40, p.388-92, 1992.
- 106 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. *Documentos básicos*. 10ª ed. Genebra, 1960. p.3.
- 107 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal*. 3ª ed. São Paulo: Editora Santos, 1973
- 108 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. *Alma-ata: atención primaria de la salud*. Genebra, 1978 (serie salud para todos nº 1)..
- 109 PAGLIARINI, M.R.C. Aintegração da saúde bucal no contexto da saúde coletiva - capacitação de recursos humanos. *Divulgação*, n.6, p.35-6, 1991.

- 110 PARANÁ - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
Odontologia nos serviços públicos do Paraná - departamento de serviços de saúde odontológicos. Curitiba, fev. 1991 (mimeo).
- 111 PEERS, A. et al. Validity and reproducibility of clinical examination, fiber-optic, transillumination and bike-wing radiology for the diagnosis of small approximal carious lesions: an in vitro study. *Caries Res.*, v.27, p.307-11, 1993.
- 112 PEREIRA, S. Serviços odontológicos no SESC (Serviço Social do Comércio). Brasília, 1992 (mimeo).
- 113 PEREIRA, A.C., MOREIRA, B.W. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.46, n.5, p.851-4, 1992.
- 114 PINHEIRO, C.E. Algumas reflexões sobre a etiologia da cárie dentária. *Estomat. Cult.*, v.13, n.2, p.70-5, 1983.
- 115 PINOTTI, J.A. *Ação e reflexão: política, educação e saúde*. Campinas: Papirus, 1986. 224p.

- 116 PINTO, V.G. *Características do sub-sistema público federal de serviços em odontologia*. São Paulo. 1977. Tese (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP.
- 117 PINTO, V.G. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000*. São Paulo: Ed. Santos, 1993. 189p.
- 118 PORTO, F.A. *Odontologia de equipe*. São Paulo São Carlos, 1976.
- 119 PORTO, F.A. *O consultório odontológico*. São Carlos: Satti, 1994.
- 120 PORTO, F.A. et al. *Organização de mesa e bandeja para intervenções em odontopediatria*. *Soc. Bras. Pesq. Odontol.*, 1987.
- 121 RATHMELL, J.M. *Marketing in the service sector*. Cambridge: Winthrop Publishers, 1974.
- 122 RIPA, L.W. *Topical fluorides: a discussion of risks and benefits*. *J. Dent. Res.*, v.66, n.5, p.179-83, 1987.
- 123 ROBINSON, G.E. et al. *Manual de odontologia a quatro manos*. Washington: OPS, 1968.

- 124 ROSA, A.G.F. et al. Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos-SP. *Divulgação*, n.6, p.55-60, 1991.
- 125 ROSA, A.G.F. et al. Programa de reorientação de atendimento escolar com ênfase na prevenção. *RGO*, v.40, n.2, p.110-4, 1992.
- 126 ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401p.
- 127 RODRIGUES, J.R. *Proposta de um modelo de assistência odontológica pública, baseado na prevenção da cárie e com a ajuda de pessoal auxiliar*. Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Araraquara, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutor. Araraquara, 1995.
- 128 RUDIO, F.V. *Introdução do projeto de pesquisa científica*. 2^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1979, 124p.
- 129 SABBATINI, R.M.E. Utilizado o computador na anamnese clínica. *Rev. Bras. de Informat. em Saúde*, v.1, n.1, p.5, 1986.
- 130 SABBATINI, R.M.E. Usando a telemática em Saúde. *Rev. Bras. de Informat. em Saúde.*, v.1, n.6, p.5-12, 1988.

- 131 SABETTI, S. O princípio da totalidade. São Paulo: Summus, 1991. 335p.
- 132 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Modelo assistencial em odontologia*. São José dos Campos, 1990. 21p.
- 133 SEPLAN/CNPq. Avaliação e perspectiva. Brasília, v.6, p.44, 1982.
- 134 SEPLAN/CNPq. Avaliação e perspectiva. Brasília, v.5, p.50-3, 1988.
- 135 SERRA, M.C., PORTO, F.A. A racionalização do trabalho melhora sua produtividade. *Jornal da APCD*, p.24, 1991.
- 136 SILVA FILHO, O.G. et al. Programa supervisionado de motivação e instrução de higiene e fisioterapia bucal em crianças com aparelho ortodôntico. *Rev. Odonto USP*, v.4, n.1, p.11-9, 1990.
- 137 SILVA, W.A. Formação e utilização de atendentes de consultório dentário por algumas instituições do município do Rio de Janeiro. Estudo da situação atual. Niterói, 1984. Dissertação

(Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

- 138 SIMON, J.F. Integrated clinical education for dental hygiene and dental students. *J. Dent. Educ.*, v.34, p.84-6, 1970.
- 139 TAMAYO Y TAMAYO, M. Dicionario de la investigación científica. 2ª ed. México: Limusa, 1988. 242p.
- 140 THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. 388p.
- 141 TODESCAN, J.H., SILVA, F.T. Campanhas de prevenção e orientação para a higiene bucal. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.45, n.4, 1991.
- 142 TOFLER, A. A terceira onda. Rio de Janeiro: Record, 1980. 491p.
- 143 UBERLÂNDIA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Análise dos serviços odontológicos municipais. Uberlândia, 1991.
- 144 URBINA, T. et al. Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en pre-escolares y escolares del gran Santiago. *Rev. Facultad de Odontologia Universidad de Chile*, 1985.

- 145 VASCONCELOS, M.C.C., SILVEIRA, F.O. O conhecimento sobre a manutenção da própria saúde bucal em população que demanda centros de saúde. *Rev. odonto UNESP*, v.18, p.225-31, 1989.
- 146 VEHKALAHTI, M. et al. Declive in dental caries and public oral health care of adolescents. *Acta Odontol. Scand.*, v.49, p.323-7, 1991.
- 147 VIEGAS, A.R. Odontologia sanitária. São paulo, 1961. 352p.
- 148 VIEGAS, A.R. Pessoal auxiliar - sua utilização. Congresso Internacional de Odontologia. Rio de Janeiro. Anais. 1966.
- 149 VIEGAS, A.R. Estudos operacionais sobre métodos preventivos em programas de odontologia em saúde pública. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.46, n.1, p.677-80, 1992.
- 150 VONO, G.B., VONO, A.Z. Selantes de fôssulas e fissuras: ação preventiva sobre a cárie. In: BOTTINO, M.A., FELLER, C. Atualização na Clínica odontológica - o dia-a-dia do clínico geral. São Paulo: Artes Médicas, 1992. 365p.

- 151 WALTER, L.R. et al. Cárie em, crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com os hábitos alimentares. *Encicl. Bras. Odontol.*, v.5, p.129-36.
- 152 WILSON, R.F., ASHLEY, F.P. Identification of caries risk in schoolchildren: salivary buffering capacity and bacterial counts, sugar intake and caries experience as predictor of 2-years caries increment. *Brit. Dent. J.*, v.167, n.3, p.99-102, 1989.
- 153 WOOD, N.K. Diagnóstico e plano de tratamento em clínica odontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 352p.
- 154 WOODAL, J.R. et al. Tratado de higiene dental. 3ª ed. Barcelona: Salvat, 1992.

ANEXO I
QUESTIONÁRIO

1. Informações Gerais

1.1. Instituição:

1.2. Cidade:

Estado:

1.3. Zona Urbana ()

Zona Rural ()

1.4. Data:

1.5. Nome do Entrevistado:

2. Dados do Serviço:

2.1. Endereço:

2.2. Número de C.D. no serviço:

2.3. Número de ACD. no serviço:

2.4. Número de THD no serviço

2.5. Filosofia de tratamento predominante:

2.5.1. Preventiva

2.5.2. Curativa

2.5.3. Ambas

2.6. Características sócio-econômicas da Instituição:

2.6.1. Particular ()

2.6.2. Filantrópica: ()

2.6.3. Municipal: ()

2.6.4. Estadual ()

2.6.5. Federal ()

2.6.6. Conveniada: ()

2.6.7. Outra Característica: () Especificar:

2.7. Estatística sobre o serviço:

2.7.1. Há dados ()

2.7.2. Não há dados ()

2.8. Extensão dos serviços prestados

2.8.1. Há usuários específicos ()

2.8.2. Aberto à outros seguimentos da população ()

2.8.3. Outros tipos de usuários ()

2.9. Nível de organização do serviço

- 2.9.1. Não há um programa definido de atendimento ()
- 2.9.2. Há um plano definido pela Coordenadoria ()
- 2.9.3. Cada C.D. responde pelo planejamento dos serviços ()

3. Sistemas de Trabalho:

3.1. Métodos preventivos utilizados:

- 3.1.1. Profilaxias periódicas: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.1.2. Fluoretação Tópica: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.1.3. Selantes: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.1.4. Orientação dietético-nutricional: Sim () Não ()
Eventual ()
- 3.1.5. Outros:

3.2. Métodos curativos utilizados:

- 3.2.1. Emergências: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.2.2. Exodontias: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.2.3. Endodontias: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.2.4. Restaurações: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.2.5. Próteses: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.2.6. Outros:

3.3. Métodos de abordagem para a educação odontológica

- 3.3.1. Palestras: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.3.2. Cartazes: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.3.3. Campanhas: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.3.4. Vídeos: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.3.5. Diapositivos: Sim () Não () Eventuais ()
- 3.3.6. Associações dos itens acima (especificar) ()
- 3.3.7. Outros: (especificar)

4. Pessoal Auxiliar

4.1. O atendimento envolve a ajuda direta de pessoal auxiliar?

- 4.1.1. Sim () Não () Eventual ()
- 4.1.2. Quantos são os auxiliares (ACD, THD, recepcionista, faxineira, técnicos, etc.c ()

4.2. Quais as funções de cada um?

- 4.2.1. ACD.(Especifique)
- 4.2.2. THD (
- 4.2.3. Recepcionista (Especifique)
- 4.2.4. Outros

4.3. Tipo de formação do pessoal auxiliar

- 4.3.1. Com formação específica ()
- 4.3.2. Sem formação específica ()
- 4.3.3. Com formação específica e com curso oficial ()
- 4.3.4. Com formação específica e sem curso oficial ()
- 4.3.5. Local de formação: _____

5. Uniforme

5.1. Adoção de uniforme pelos CDs.

- 5.1.1. Sim () Não () Eventual ()

5.2. Características do uniforme dos CDs.

- 5.2.1. Branco/completo
- 5.2.2. Branco/parcial
- 5.2.3. Outra característica: (especificar): _____

5.3. Adoção de uniforme pelas ACDs.

- 5.3.1. Sim () Não () Eventual ()

5.4. Característica do uniforme das ACDs.

- 5.4.1. Branco/completo
- 5.4.2. Branco/parcial
- 5.4.3. Outra característica: (especificar): _____

6. Reciclagem dos CDs, do Pessoal Auxiliar e do Pessoal de Manutenção.

6.1. Reciclagem dos CDs.

- 6.1.1. Anual () Local:
- 6.1.2. Semestral () Local:
- 6.1.3. Eventual () Local:
- 6.1.4. Não se faz ()
- 6.1.5. Outro () especifique: _____

6.2. O custo da reciclagem do CD recai sobre:

- 6.2.1. O próprio CD
- 6.2.2. A Instituição
- 6.2.3. Ambos
- 6.2.4. Outros (Especificar) _____

6.3. Reciclagem do pessoal Auxiliar

- 6.3.1. Anual Local:
- 6.3.2. Semestral Local:
- 6.3.3. Eventual Local:
- 6.3.4. Não se faz
- 6.3.5. Outro especifique: _____

6.4. O custo da reciclagem do pessoal auxiliar recai sobre:

- 6.2.1. Eles próprios
- 6.2.2. A Instituição
- 6.2.3. Ambos
- 6.2.4. Outros (Especificar) _____

6.5. Reciclagem de pessoal de manutenção

- 6.5.1. Anual Local:
- 6.5.2. Semestral Local:
- 6.5.3. Eventual Local:
- 6.5.4. Não se faz
- 6.5.5. Outro especifique: _____

6.6. O custo da reciclagem do pessoal de manutenção recai sobre:

- 6.6.1. Eles próprios
- 6.6.2. A Instituição
- 6.6.3. Ambos
- 6.6.4. Outros (Especificar) _____

7. Meios de proteção do pessoal envolvido no serviço**7.1. Meios de Proteção**

- 7.1.1. Luvas
- 7.1.2. Máscaras
- 7.1.3. Gorros
- 7.1.4. Óculos
- 7.1.5. Outros Especificar: _____
- 7.1.6. Não há proteção

7.2. Produtos químicos utilizado no serviço:

- 7.2.1. Sabão comum
- 7.2.2. Sabão medicinal
- 7.2.3. Germekill
- 7.2.4. Cidex
- 7.2.5. Outro Especificar: _____

7.3. Tipos de toalhas utilizados no serviço:

- 7.3.1. Papel
- 7.3.2. Pano

7.4. Meios de esterilização/desinfecção usados no serviço

- 7.4.1. Calor úmido (ebulidor)
- 7.4.2. Calor seco (estufa)
- 7.4.3. Calor sob pressão (autoclave)
- 7.4.4. soluções químicas Especificar: _____
- 7.4.5. Associações dos itens acima
Especificar: _____
- 7.4.6. Outros

8. Exame clínico e Ficha clínica**8.1. Instrumentais e produtos utilizados para o exame clínico:**

- 8.1.1. Sondas (exploradores)
- 8.1.2. Espelhos
- 8.1.3. Sondas periodontais
- 8.1.4. Gaze/Algodão
- 8.1.5. Outros Especificar: _____

8.2. Tipo de fichamento clínico empregado:

- 8.2.1. Diário
- 8.2.2. Semanal
- 8.2.3. Mensal
- 8.2.4. Não há fichamento
- 8.2.5. Outro Especificar: _____

8.3. Tipo de ficha clínica

- 8.3.1. Com odontograma Quantos?
- 8.3.2. Sem odontograma
- 8.3.3. Outro Tipo Especificar: _____

8.4. Padronização da Notação Dentária8.4.1. Nominal 8.4.2. Binária 8.4.3. Outro tipo Especificar: _____8.4.4. Não há padronização **9. Uso do fluoretos****9.1. Há flúor nas águas de abastecimento público?**9.1.1. Sim 9.1.2. Não **9.2. Uso clínico de Fluoretos**9.2.1. Através de bochechos 9.2.2. Através de moldeiras 9.2.3. Através de cotonetes 9.2.4. Outro tipo 9.2.5. Não se aplica **10. Agendamento e Atendimento****10.1. Número de pacientes atendidos por período por cada CD.**10.1.1. Apenas um (1) paciente 10.1.2. Dois (2) pacientes 10.1.3. Três (3) pacientes 10.1.4. Mais de três (3) pacientes Quantos? 10.1.5. Procedimentos/hora (parâmetro) **10.2. Agendamento de pacientes**10.2.1. Não Há 10.2.2. À cada 1/2 hora 10.2.3. À cada hora 10.2.4. Sem preocupação com o tempo de atendimento 10.2.5. Por serviço executado 10.2.6. Outra forma Especificar: _____**10.3. Tempo de atendimento por paciente.**10.3.1. Quinze minutos 10.3.2. Meia hora 10.3.3. Uma hora 10.3.4. Mais de uma hora Quanto?

10.4. Sexo predominante dos usuários10.4.1. Masculino 10.4.2. Feminino 10.4.3. Não há dados **10.5. Idade predominante dos usuários**10.5.1. Pré-escola: de 3-6 anos 10.5.2. De 6 - 11 anos 10.5.3. De 11 - 16 anos 10.5.4. De 16 - 21 anos 10.5.5. Outra Faixa Especificar: _____**11. Posições de trabalho****11.1. Posições predominantes de trabalho dos CDs.**11.1.1. Em pé 11.1.2. Sentado em 7 horas 11.1.3. Sentado em 9 horas 11.1.4. Sentado em 11 horas 11.1.5. Outra posição Especificar: _____**11.2. Posições predominantes de trabalho dos ACDs.**11.2.1. Em pé 11.2.2. Sentado em 1 hora 11.2.3. Sentado em 3 horas 11.2.4. Sentado em 5 horas 11.2.5. Outra posição Especificar: _____**11.3. Qual(is) a(s) dificuldade(s) em se adotar posição ergonômica?**11.3.1. O tipo de cadeira odontológica 11.3.2. A localização do refletor 11.3.3. A localização da unidade suctora 11.3.4. A localização do equipo 11.3.5. Outra Especificar: _____**11.4. Há CDs canhotos no serviço?**11.4.1. Sim Quantos? 11.4.2. Não

11.5. Como esses canhotos trabalham? Descrever:

11.6 Há pessoal auxiliar canhoto?

11.6.1. Sim () Quantos? ()

11.6.2. Não ()

11.7. Como esse pessoal canhoto trabalha? Descrever:

12. Salários e sistema de contratação

12.1. Características dos salários dos CDs.

12.1.1. Por incorporação () Quanto? (_____)

12.1.2. Salário-base () Quanto? (_____)

12.1.3. Por progressão () Quanto? (_____)

12.1.4. Decênios e quinquênios () Quanto? (_____)

12.2. Característica dos salários dos ACDs.

12.2.1. Salário-base () Quanto? (_____)

12.2.2. Por Progressão () Quanto? (_____)

12.2.3. Por incorporação () Quanto? (_____)

12.3. Remuneração do pessoal de manutenção

12.3.1. Salário-base () Quanto? (_____)

12.3.2. Por Progressão () Quanto? (_____)

12.3.3. Por incorporação () Quanto? (_____)

12.4. Qual o critério para a contratação do CD.

12.4.1. Concurso ()

12.4.2. Livre-escolha ()

12.4.3. Outros () Especificar: _____

12.5. Qual o critério para a contratação dos ACDs.

12.5.1. Concurso

12.5.2. Livre-escolha

12.5.3. Outros Especificar: _____

12.6. Qual o critério para a contratação do pessoal de manutenção:

12.6.1. Concurso

12.6.2. Livre-escolha

12.6.3. Outros Especificar: _____

13. Equipamentos e manutenção

13.1. Característica dos equipamentos utilizados no serviço:

13.1.1. Totalmente fixo

13.1.2. Parcialmente fixo

13.1.3. Transportável

13.1.4. Parcialmente fixo, transportável e modular

13.1.5. Totalmente motorizado

13.1.6. Parcialmente motorizado

13.1.7. Outro tipo Especificar: _____

13.2. Peças e acessórios dos equipamentos

13.2.1. Mocho a) sim b) Não Quantos?

13.2.2. Sucção a) Média potência b) Alta potência

13.2.3. Micromotor a) Sim b) Não Quantos?

13.2.4. Turbina de alta rotação a) Sim b) Não Quantas?

13.2.5. Outros acessórios Especificar: _____

13.3. Manutenção dos equipos:

13.3.1. Semanal

13.3.2. Mensal

13.3.3. Semestral

13.3.4. Eventual

13.3.5. não se faz

13.4. Encarregados da manutenção

13.4.1. Pessoal próprio

13.4.2. Pessoal contratado

13.5. Opinião sobre o padrão da manutenção

- 13.5.1. Mau
- 13.5.2. Aceitável
- 13.5.3. Bom
- 13.5.4. Muito bom
- 15.5.5. Ótimo

13.6. Há adaptação nos equipos convencionais?

- 13.6.1. Sim Quais? _____
- 13.6.2. Não
- 13.6.3. Qual a razão para a modificação? _____

14. Divulgação dos serviços**14.1. Meios utilizados para a divulgação dos serviços**

- 14.1.1. Rádio
- 14.1.2. TV
- 14.1.3. Imprensa Escrita
- 14.1.4. Alto-Falante
- 14.1.5. Outro Especificar : _____

14.2. Prestação de contas dos serviços prestados:

- 14.2.1. Através de relatórios
- 14.2.2. Através de fichas
- 14.2.3. Outro tipo Especificar: _____

15. Necessidades básicas de tratamentos mais encontradas pelos entrevistados

- 15.1. Cáries (restauração)
- 15.2. Problemas Periodontais
- 15.3. Maloclusões
- 15.4. Problemas Endodônticos
- 15.5. Necessidades Exodônticas
- 15.6. Necessidades Protéticas
- 15.7. Lesões de mucosa dental
- 15.8. Problemas nas ATM
- 15.9. Lesões nas Mucosas

15.10. Prevenção - selantes () Quais: _____

- evidenciadores ()
- orientação dietética ()
- técnicos de escovação ()
- profilaxias periódicas ()
- uso radical de fluoretos () como: _____

Qual: _____

15.11. Outras () Quais: _____

ANEXO II

“MODELO PROPOSTO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM SAÚDE COLETIVA, FUNDAMENTADO NA PREVENÇÃO DA CÁRIE E COM A PARTICIPAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR”.

- I. Introdução
- II. Delimitação dos órgãos de saúde e suas funções
 - 2.1. Políticas de saúde
 - 2.2. Planejamento
 - 2.3. Estrutura dos serviços
 - 2.4. Projetos básicos de um serviço de odontologia em saúde coletiva
- III. Aspecto funcional e político-administrativo de um suposto esquema de assistência odontológica em saúde coletiva.
- IV. A prevenção da cárie - sugestões para serviços públicos
- V. Etapas fundamentais de um esquema preventivo para a comunidade
 - 5.1. Diagnóstico da amostra populacional
 - 5.1.1. Classificação geral do paciente
 - 5.1.2. Exame do paciente
 - 5.1.3. Estabelecimento do diagnóstico
 - 5.1.4. Desenvolvimento do plano de tratamento (provisório)

5.1.5. Apresentação do caso e adoção de um plano de tratamento

5.1.6. Implementação do plano de tratamento (execução)

5.1.7. Monitorização

5.1.8. Fichamento

VI. Considerações preventivas de interesse para o plano de tratamento

VII. Requisitos para a implantação de uma prática odontológica preventiva e coletiva

7.1. Adoção de uma filosofia preventiva

7.2. Uso de pessoal auxiliar

7.3. Adaptação dos equipamentos odontológicos para a prevenção

7.4. Convênio com Universidades - Faculdades da região

VIII. A prevenção convivendo com a razão

IX. Cuidados de emergência

9.1. Emergências com risco de vida

9.2. Emergências bucodentárias

9.3. Controle das condições de risco à saúde sistêmica

9.4. Controle das condições bucais ameaçadoras

9.5. Controle temporário das situações estéticas e funcionais

X. Comentários Finais

I- INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um princípio de índole política que significa a garantia dada às pessoas e por estas usufruídas, de lhes serem assegurados os meios de preservarem e melhorarem a sua saúde e, conseqüentemente, de se libertarem da doença por proteção contra os riscos do ambiente, prevenção direta ou tratamento adequado.

No caso da cárie, dizemos que ela é uma doença social, pois adquire significado relevante para a comunidade pelos prejuízos que causa ou riscos que apresenta, resultantes das suas características de difusão (incidência e prevalência), severidade, estabilidade (curto e longo prazo), cronicidade e ação incapacitante. São, exemplos clássicos a tuberculose, as doenças cardiovasculares, as doenças mentais e a cárie dentária.

A epidemiologia é imprescindível a todos quanto desejem entender e inteirar-se dos problemas de saúde pública. É o estudo ordenado da origem, ocorrência e distribuição das enfermidades nas comunidades, com a finalidade de apreciar sua freqüência e descobrir as causas de sua propagação, ou esclarecer a existência ou não de relações entre fatores suspeitos e os estados mórbidos que lhes podem estar ligados.

O Conselho Executivo da Assembléia Mundial de Saúde (da OMS)¹⁰⁸, já em 1.973, num estudo aprofundado da situação mundial da saúde, concluiu que existiam, pelo menos, sete (7) razões básicas para as falhas dos serviços de saúde. Eis as razões:

1. grande parte da população mundial continuaram a ter acesso apenas insuficiente aos serviços de saúde. Não havia, para alguns, mesmo um acesso regular;
2. os serviços eram, na maior parte dos casos, ações essencialmente curativas, limitadas e até isoladas;
3. as instalações para o exercício das ações de saúde eram altamente técnicas e centralizados nos grandes centros urbanos, sem relação com as necessidades da população nem com as realidades locais, gerando altos custos para o atendimento de apenas poucas pessoas;
4. não havia laços com outros setores contribuintes para o bem-estar humano e com outros recursos da comunidade eram quase inexistentes ou mal estabelecidos;
5. não havia equilíbrio desejado e justificado pelos conhecimentos entre a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença;
6. era ao nível da comunidade, onde eles são mais necessários e também menos onerosos, que os serviços de saúde faziam mais falta ou tinham menos meios de ação;

7. havia dois problemas administrativos gerais: um fraco nível de eficácia em face das solicitações crescentes e a alta imprevista e vertiginosa dos custos sem relação com os resultados obtidos;

É preciso estabelecer e elucidar certos princípios e definições para que o leitor situe-se, corretamente, no contexto da saúde coletiva. Um “sistema de cuidados de saúde”, assim, corresponde a um conjunto de regras orientadoras das atividades desenvolvidas por serviços organizados pela comunidade, com a finalidade de conseguir mais saúde para as pessoas, dependendo em grande parte dos sistemas políticos, sociais e econômicos dominantes, em que se assenta a comunidade. A saúde, fica claro, depende do desenvolvimento social e econômico e, ao mesmo tempo, os favorece.

Apesar dos esforços crescentes de pessoas interessadas na melhoria real da saúde do povo brasileiro é incerta qualquer previsão de mudança no sentido de uma organização mais eficiente e correta dos sistema de saúde do país. Provavelmente, o Brasil continuará a seguir o exemplo dos outros países com maior desenvolvimento e maior capacidade financeira para pagar cuidados de saúde a alto preço, concentrados não na luta contra a doença, mas no diagnóstico e no tratamento de cada pessoa que não se impediu que adoecesse.

II- DELIMITAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE SAÚDE E SUAS FUNÇÕES.

2.1. Política de Saúde

É necessário ter-se, e bem definida e objetiva, uma política de saúde para cada localidade e até para cada comunidade de uma mesma região. Os interesses e a realidade de cada setor de uma comunidade variam com as características dos componentes (idade, sexo, escolaridade, acesso ao emprego, lazer, nutrição e informação). A política de saúde é um conjunto de opções fundamentais em que se estabelece o caráter da responsabilidade pela saúde da população, o grau de universalidade (abrangência), da integralidade e equidade (extensão dos serviços), de gratuidade (total-parcial), de planificação (proposta de atividades , avaliação dos resultados) e modalidades de trabalho a serem realizados pelos serviços de saúde. É a política de saúde parte integrante da política geral do país, portanto, deve procurar que seja garantido a todos o direito á saúde e fomentando o dever de cooperação entre os membros ativos da comunidade.

A saúde deve ser protegida e promovida em níveis os mais elevados possíveis, para que se possa impulsionar o desenvolvimento sócio-econômico e o bem estar geral.

A política de saúde, de um modo geral, procura que os serviços de saúde sejam estruturados técnica, científica, administrativa e socialmente, em nível crescente de eficácia e baseados nos conhecimentos de saúde, doença e fatores de apoio ao planejamento

específico. Contudo, as perspectivas não são nem promissoras nem inovadoras, por duas razões:

- as pessoas não sentem o dever de contribuir com intervenções permanentes para a resolução dos problemas fundamentais de saúde que as afetam;
- e os sistemas de saúde têm serviços que propendem muito mais para a rotina e o burocratismo do que para a inovação e o aumento da eficácia.

2.2. Planejamento

Apesar de existir ou não um planejamento nacional de saúde bucal, devem ser criados órgãos regionais e locais encarregados deste mister. Devem ser estabelecidos os objetivos de ação, a filosofia básica do serviço e as avaliações dos resultados das atuações. Tudo isto em face das necessidades da população local ou regional, de suas características intrínsecas e do estudo dos problemas a serem resolvidos.

2.3. Estrutura dos Serviços

A hierarquização deve começar em nível local ou regional e ser encarregada de coordenar as atividades dos chamados cuidados primários de saúde bucal na respectiva área administrativa.

Dependendo da capacidade e da magnitude administrativa exigidas pelo serviço e região, a hierarquização será mais ou menos complexa, mas de um modo geral compreende:

a. Coordenadoria Geral

- b. Assessor (es) da Coordenadoria
- c. Pessoal de Atendimento Direto
 - c.1. Cirurgiões Dentistas (CD)
 - c.2. Pessoal Auxiliar (ACD , THD)
- d. Pessoal de Atendimento Indireto
 - d.1. Técnico em Prótese Dentária (TPD)
 - d.2. Técnicos de Instalação e Manutenção dos Equipamentos
 - d.3. Técnicos Administrativos (contabilistas, economistas, administradores, pessoal de marketing, etc.)
- e. Outros
 - e.1. Faxineiros
 - e.2. Serventes
 - e.3. Fotógrafos
 - e.4. Jornalistas, etc.

2.4. Projetos Básicos de um Serviço de Saúde Bucal Pública

2.4.1. Ao Estado compete não só definir a política de saúde e zelar pela sua execução, como mobilizar os recursos técnicos, humanos e financeiros necessários e empenhar a população no interesse pelos serviços de saúde, que são pertença de todos, e na melhoria de seu funcionamento. Convém assinalar que por Estado estamos inferindo cada setor administrativo (federal, estadual, municipal, regional e local), com suas carências e características próprias. Os enfoques básicos serão amoldados à população, idade, sexo, grau de instrução e costumes de cada amostra da população. Como não é possível explanar todos os enfoques possíveis, cremos que uma média entre as diferentes

camadas sociais e as diversas disparidades regionais é mais que conveniente ao se propor um modelo básico e geral de atendimento odontológico público.

2.4.2. Os serviços odontológicos devem ser orientados em prioridades locais, regionais e setoriais e oferecidos para toda a comunidade (centros de saúde, postos de saúde, EMEI-EEPG e pronto-socorro) e coordenados entre si por uma coesa e ativa equipe de trabalho. Deve atuar junto à população, considerando-a como um todo de indivíduos, famílias e comunidades.

2.4.3. A coleta das necessidades de saúde bucal e dos meios para satisfazê-las resultará , sempre, de um planejamento coletivo da equipe de serviço que deverá ser integrado e contínuo.

2.4.4. Dentro de sua capacidade, o serviço deverá ser aberto a todos, promovendo as operações necessárias de informação e atendimento à população, além de formar e aperfeiçoar continuamente os seus profissionais.

2.4.5. Deverá oferecer condições adequadas de trabalho e garantir à todos os seus membros um crescente progresso profissional.

2.4.6. A remuneração dos profissionais deverá ser por responsabilidade de atividades (função) e não por atos fracionados.

2.4.7. A direção e a responsabilidade do Serviço de Atendimento Odontológico da região ou do setor administrativo recai sobre a coordenadoria geral que terá sob sua supervisão geral as equipes de trabalho direto e indireto e os respectivos locais de atuação (centros de saúde, EMEI, EEPG, creches, P.S. etc.)

2.4.8. Todo serviço assistencial constituído deverá dispor de pessoal organizado em carreiras e de meios técnicos adequados e dentro da capacidade financeira da região, sendo ofertado pelas necessidades de saúde bucal da comunidade-alvo.

2.4.9. Os índices de prestação de serviços odontológicos à população deverão ser planejados em relação às atenções de: dentista de cuidados primários de saúde bucal/paciente; pacientes/unidades de atendimento e núcleos de atendimento/ necessidades e características comunitárias.

2.4.10. A estrutura dos serviços deve reunir características de simplicidade, objetividade e possibilidade de eficiência.

2.4.11. As tarefas e ou responsabilidades de cada membro da equipe bucal deverão ser definidas, claramente, e expostas à todos os integrantes da equipe. Embora cada um tenha a sua função e responda por ela (supõe-se) será da aplicação concatenada e solidária de todos que a eficiência será conseguida e a produtividade alcançada.

2.4.12. Os serviços encarregados dos cuidados primários de saúde em Odontologia, deverão atuar em nível local e ser de responsabilidade de dentistas generalistas. Receberão ajuda de pessoal auxiliar clínico (ACD e THD) que deverão exercer todos ou a maioria das funções permitidas por lei. Com isto a eficiência e produtividade da assistência serão evidentes.

2.4.13. Ainda que haja núcleos individuais (EMEI, EEPG, PS, etc) de documentação e informação, um sistema de saúde complexo e amplo necessitará de uma central de informática que assegure o conhecimento real de todos os assuntos de saúde-doença da população, a partir dos dados básicos de saúde de cada pessoa, recolhidos e analisados ao nível local e condensados em parâmetros estatísticos. Embora a justificativa desse empreendimento, na extensão pretendida, seja objetivo indispensável para uns poucos responsáveis pela política de saúde, sua implantação virá a constituir parte essencial dos serviços de saúde pública. Será um dos impulsionadores das atividades de saúde coletiva.

2.4.14. É importante o estudo das situações, ou seja, a obtenção de dados que permitam avaliar a importância das ações de saúde e, se possível, as expliquem. Isto deverá fazer parte da responsabilidade dos modernos serviços de saúde. O estudo dos problemas específicos de saúde deverão fazer parte da rotina das atividades de uma política de saúde, devendo concentrar-se em alvos bem definidos como: clínica,

epidemiologia; ciências básicas, novos materiais e tecnologias e saúde pública.

2.4.15. Num sistema de saúde integral os programas de formação de todos os componentes humanos precisarão ser estabelecidos de acordo com as necessidades criadas pelas medidas de proteção e promoção de saúde, tipos e exigências de tratamentos da doença instalada, princípios técnicos-administrativos de funcionamento de serviços e da sua adaptação às exigências de novas condições que possam surgir.

**III- ASPECTO FUNCIONAL E POLÍTICO-ADMINISTRATIVO DE
UM SUPOSTO ESQUEMA GERAL DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA PÚBLICO.**

Áreas estruturais e funcionais	Setores de intervenção e agentes	Atividades e órgãos executivos
1. Saúde Pública (todos os níveis)	<ul style="list-style-type: none"> • Família e comunidade (materno infantil, escolar, risco do ambiente, educação permanente, trabalho) • Dentistas sanitaristas • Autoridades de saúde e equipes de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato permanente com a população e o ambiente (vigilância, proteção, promoção da saúde, prevenção da doença). • Centros de saúde, postos de saúde. • EMEI, EEPG, PSM, creches, etc.
2. Cuidados Gerais na Doença Cárie	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem específica • Atendimento dos pacientes nos núcleos específicos de atendimento. • Dentistas generalistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento específico geral. • Tratamento em EMEI, EEPG e creches • Urgências e emergências nos PSM (Pronto Socorro Municipal)..
3. Cuidados Especializados para a Cárie	<ul style="list-style-type: none"> • Remeter a consultórios privados ou clínicas especializadas que mantenham convênios com o sistema de saúde. • Convênios com profissionais especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamentos específicos e especializados • Consultores especializados que mantenham convênio com o sistema de saúde. • Centros especializados de atendimento (Hospital de defeitos lábio-palatais) de Bauru p. ex.
4. Direção, Orientação e Planejamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadoria Geral. • Assessoria da Coordenadoria. • Técnicos especializados em administração e gerência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Área administrativa • Área administrativa. • Área burocrático-administrativa.
5. Execução.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes de profissionais de saúde.(CD,ACDe THD). • Pessoal auxiliar técnico (encarregados da instalação e manutenção dos equipamentos). • Serventes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentistas ACD e THD. • Auxiliares clínicos. • Auxiliares técnicos • Encarregados da limpeza.

6. Documentação e Informática	<ul style="list-style-type: none"> • Para serviço clínico. • Para o serviço administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas clínicas. • Recomendações • Cartões de visita. • questionários • Ficha de requisição. • Estoques. • Controle de atendimento.etc.
7. Formação de pessoal.	<ul style="list-style-type: none"> • Convênios com Universidades. • Pessoal próprio para tal reciclagem. • Contratação de pessoal para tal função, que tenham experiência e especialização no assunto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reciclagem. • Especialização. • Aperfeiçoamento.

A informatização dos serviços de saúde é importante e necessária para que se disponha de meios indispensáveis aos recolhimentos de dados e tratamento.

IV- A PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA. SUGESTÕES PARA O SERVIÇO PÚBLICO.

Com certeza, o mercado consumidor de produtos e medidas preventivas vem aumentando a cada dia. Temos o flúor nas águas do abastecimento público; o flúor nos dentifrícios, no sal de cozinha, em soluções para higiene bucal, e em comprimidos; materiais restauradores fluorados; selantes oclusais; instruções higiênicas bem determinadas e comprovadas; escovas e fios-fitas dentais de boa qualidade; profissões complementares da Odontologia já bem estruturadas (ACD THD) e uma maior consciência pelos dentistas de que a prevenção é prioritária e o único caminho para a erradicação plena da cárie e das doenças bucais em geral.

Contudo, ainda não conseguimos que a população, efetivamente, se beneficiasse desses melhoramentos.

A facilidade de acesso às informações, quanto a empecilhos político-burocrático impedem que tais benefícios sejam usufruídos plenamente, pela comunidade, que também é verdade, não se sente motivada a cooperar para a operacionalização desses serviços. Expomos uma metodologia simples e objetiva para que a comunidade, que demanda centros de saúde, EMEL, EEPG, PSM, creches ou outro tipo de centro fornecedor de assistência odontológica em massa, usufrua e sinta os benefícios da verdadeira prevenção que é aquela que chega e é utilizada pela maioria da população. Não é a prevenção teórica e a dos compêndios especializados que só servem para os centros acadêmicos, as conferências e os seminários dos congressos

nacionais e internacionais, mas a que pode ser feita, é a melhor para uma dada comunidade e que por ela é aceita e aperfeiçoada.

V. ETAPAS FUNDAMENTAIS DE UM PROGRAMA PREVENTIVO PARA A COMUNIDADE.

5.1. Diagnóstico da amostra populacional

O sucesso em Odontologia só será alcançado se formos capazes de desenvolver e implementar o melhor plano de tratamento possível para cada um de nossos pacientes. Isto, contudo, não será conseguido se não executarmos, sistematicamente, um exame clínico adequado e cientificamente lógico.

Segundo Wood¹⁵³, em 1983, o plano de tratamento deve ser dividido, convenientemente, em oito (8) passos:

1. Classificação geral do paciente;
2. Coleta de dados (exame clínico do paciente);
3. Análise e síntese dos dados (diagnóstico);
4. Desenvolvimento do Plano de Tratamento (mais de um, às vezes);
5. Apresentação do caso e adoção de um Plano de Tratamento;
6. Implementação das Etapas do Plano de Tratamento;
7. Monitorização - Controle;
8. Fichamento.

5.1.1. Classificação geral do paciente

No caso de serviços públicos, o paciente já é pré-classificado.

O paciente pertence geralmente à uma instituição de ensino público, portanto em idade escolar, quase sempre necessitando de tratamento curativo convencional e com pouca ou nenhuma educação odontológica, o que dificulta a incorporação de medidas preventivas pela ausência de motivação e cooperação deste tipo de paciente. Este perfil foi o encontrado na maioria dos serviços públicos de regiões com densidade populacional alta, geralmente situadas nas periferias das grandes cidades, com infra-estrutura deficientes, com espaço físico e equipamentos inadequados e com deficiência de recursos humanos clínicos e técnico-administrativos. Se bem que os serviços visitados, em sua maioria, fossem descritos como bons e razoáveis, não dá para esconder que, fora destes, há uma quantidade bem relevante de serviços carentes, deficitários, inúteis e quase sem validade social alguma.

O paciente que serve-se desses serviços pode ser categorizados numa das seguintes classificações, segundo o serviço central de triagem que deve existir em todo e qualquer sistema de atendimento público, mas que, infelizmente não foi identificado em alguns serviços:

- Paciente para serviços de emergência.
- Paciente novo, necessitando tratamento curativo-convencional.
- Paciente novo, necessitando apenas tratamento preventivo de manutenção.

- Paciente de retorno periódico (monitorização).

Um paciente de monitorização, obviamente, não necessitará da retomada de uma história clínica completa, pois a mesma já deve estar registrada em sua ficha e/ou devidamente informatizada na central de documentação e informática do serviço odontológico local. Não é o caso do paciente novo que deve ser devidamente registrado e fichado clinicamente, segundo a sistemática adotada pelo serviço público odontológico da comunidade.

5.1.2. Exame do paciente

Este é um passo importante e básico. Sem um exame completo e consistente é quase impossível diagnosticar e desenvolver um adequado plano de tratamento. Esta, também, é uma conduta ordenada e lógica que deve ser adotada, integralmente, pelo sistema de saúde odontológico que pretende ser completo e coerente com os anseios da comunidade. Uma seqüência que pode ser adotada para o exame clínico dos pacientes é a seguinte:

a- Exame panorâmico e superficial da cavidade bucal.

b- História do paciente.

b.1. Queixa principal.

b.2. História (evolução) da doença queixada.

b.3. História médico-odontológica

b.3.1. revisão dos sistemas

b.3.2. história social, ocupacional e familiar.

c- Avaliação comportamental do paciente (atitudes).

d- Exame físico.

d.1. Visão geral do paciente (pelo examinador).

d.2. Exame físico detalhado (face, pescoço, ATM)

d.3. Exame intra-oral

d.3.1. exame detalhado de todos os tecidos moles de cavidade bucal, orofaringe e ossos maxilares.

d.3.2. exame detalhado do periodonto e dentição.

d.3.3. exame radiológico complementar.

e- Exames laboratoriais (no caso da cárie)

e.1. Exame salivar (testes).

e.1.1. determinação da velocidade do fluo salivar.

***. Material necessário:**

Bureta, funil, pedaço de goma-base de parafina e um cronômetro.

***. Método:**

O paciente masca um pedaço de parafina até que ele amoleça. A primeira saliva é desprezada (deglutida). O cronômetro é acionado no início da mastigação. A saliva é então produzida e colhida em intervalos iguais (1 minuto, p.ex.), no funil que está sobre a bureta. Após 5 minutos cessa a mastigação e cospe-se a última saliva estimulada. O tempo mínimo de estimulação é de 2 minutos ou 2ml de saliva deve ser colhido. O volume da saliva é medido e a velocidade de secreção é registrada em ml/min.

***. Resultados:**

- velocidade normal do fluxo em adultos = 1-2ml/min
- velocidade de fluxo diminuída = 0,7 ml/min
- xerostomia < 0,7 ml/min

e.2. Capacidade-tampão

A mesma amostra salivar colhida para se determinar a velocidade do fluxo pode ser usada para a determinação da capacidade do tampão.

*** Material:**

O mesmo do item anterior. A amostra deve ser colhida cerca de 2 horas após uma refeição, pois a capacidade tampão aumenta após a mesma. Papel indicador de pH.

*** Método:**

1 ml de saliva é adicionada a 3 ml de HCl a 0,005M (0,005%) e uma gota de octanol (acaba com a espuma da saliva). Agita-se a amostra e retira-se a tampa do recipiente para aerar o conjunto. Deixar a amostra repousar por 20 minutos e então, medir o PH com papel indicador. O método descrito pode predizer quando a saliva pode resistir a uma queda no pH.

*** Resultados:**

- abaixo de 6,0 a capacidade tampão da saliva começa a desaparecer.
- tampão normal - pH final entre 5 e 7 .
- tampão baixo - pH final <4.
- tampão crítico - pH final entre 4,5 e 5,5.

Nota: existem no comércio estojos especiais com testes já prontos.

e.3. Exame micrológico (teste)

e.3.1.amostra salivar: (determinação do nível de infecção (%))
pelo S.mutans e pelo lactobacillus.

* **Resultados:**

- valor alto : >1000.000 S.mutans>100.000 lactobacillus
- valor baixo: <100.000 S.mutans<1.000 lactobacillus

f- Identificação dos grupos de risco à cárie

É importante identificar as crianças e os adultos que não compõem o contingente dos predisponentes à cárie ou de alto e moderado risco à cárie, como denominador, antes que o mesmo desenvolva um número elevado das cáries.

Esta seleção prévia dos pacientes, antes de mais nada, serve para indicar ou não as medidas preventivas especiais e/ou tratamentos odontológicos convencionais. A experiência, a literatura e os testes de atividades de cáries mostrou que:

- grande número de lesões de cárie indicam que um indivíduo é susceptível à doença.
- uma contagem elevada de S.mutans na saliva ou na placa mostra que uma pessoa é portadora de uma microbiota bucal cariogênica.
- uma contagem elevada de lactobacillus mostra que a pessoa faz uma dieta cariogênica.

Um paciente de risco é aquele com potencial elevado para contrair uma doença, devido a predisposições genéticas e/ou ambientais.

A avaliação do risco de cárie influi na elaboração do plano de tratamento, seleção dos materiais restauradores, periodicidade das monitorizações e, principalmente na seleção das medidas preventivas. O exame clínico, os exames complementares e os testes específicos são imprescindíveis para a determinação do nível de risco do paciente. Para uma determinação segura devemos analisar:

- condição bucal passada e atual do paciente (exame clínico e radiográfico).
- prevalência de cárie do indivíduo (CPO-S;ceo-s).
- incidência ou velocidade de cárie do indivíduo.
- análise dietética (histórico dietético do indivíduo).
- exames complementares (salivar e microbiológico).
- uso racional dos fluoretos por parte do paciente.
- idade, estado emocional.
- gravidez, doenças sistêmicas modificantes.

g. Testes especiais para complementação diagnóstica..

- g.1. testes de vitalidade pulpar
- g.2. citologia esfoliativa
- g.3. biópsia
- g.4. modelos articulados

5.1.3. Estabelecimento do diagnóstico (análise e síntese dos dados)

Todos os aspectos do caso que foram colhidos devem ser analisados e criteriosamente ponderados. Em Odontologia o diagnóstico, geralmente não é difícil de se estabelecer, diferentemente do que acontece em Medicina, por exemplo, que se confunde com outras patologias.

5.1.4. Desenvolvimento do plano de tratamento (provisório)

Os achados é que vão determinar o tratamento a ser instituído.

Convém salientar que o plano de tratamento deverá ser exposto e detalhado ao paciente e só depois de sua aceitação é que, de fato, constituir-se-á no plano de tratamento propriamente dito (Wood¹⁵³, 1983)

5.1.5. Apresentação do caso e adoção de um plano de tratamento

Consiste na explicação de todos os passos detalhados no plano provisório de tratamento, para que o paciente, inteirando-se de seu estado bucal, possa sentir-se motivado e com disposição a colaborar durante a implementação do tratamento.

Os aspectos detalhados, no caso de assistência pública são:

- técnicos (tipos de restaurações: preparo e material).
- prognósticos (resultados esperados pelo dentista e paciente) quanto ao desfecho do tratamento.

- comportamentais: assiduidade, higiene e valorização.

O profissional e o paciente juntamente com toda a equipe odontológica a ser envolvida com aquele caso, adotam um plano de tratamento, que passa a ser individualizado, isto é, de acordo com as necessidades daquele paciente, naquele momento.

5.1.6. Implementação do plano de tratamento

Paciente e equipe odontológica comprometem-se a execução e seqüência da terapêutica escolhida e envidam todos os esforços, conhecimentos e recursos na sua realização.

5.1.7. Monitorização

Uma filosofia de prática centrada na prevenção da cárie e que conta com a ajuda de pessoal auxiliar treinado e motivado, não pode experimentar experiência educacional maior do que manter um sistema regular de retorno do paciente. Em serviços públicos isto é imperativo, pois a aferição estatística da eficiência operacional da equipe odontológica, das técnicas empregadas, dos materiais restauradores utilizados, do comportamento profissional da equipe e do incremento ou decremento das patologias bucais na comunidade, só pode ser feita pelo controle e anotação periódica dos dados encontrados.

5.1.8. Fichamento

Um adequado e cuidadoso fichamento deve ser adotado, principalmente em serviços públicos, onde os relatórios e as

costumeiras prestações de contas são exigidas. É também uma exigência legal pois que os prestadores de serviços de saúde estão, cada vez mais, sendo intimados a explicar suas decisões terapêuticas junto às autoridades constituídas. Atualmente, com a introdução da informática nos serviços de saúde pública, os dados são mais fácil e sigilosamente armazenados, podendo ser reunidos de modo ordenado e rápido.

Um fichamento deverá conter, entre outras coisas:

- Dados gerais do paciente;
- Fornecimento de consentimento de tratamento (assinado pelo paciente ou responsável);
- Avaliação médica (se necessária);
- História clínica completa do paciente;
- Dados do exame clínico odontológico;
- Odontograma (pelo menos dois);
- Plano de tratamento adotado;
- Relatório de evolução do tratamento;
- Dados para se estabelecer a periodicidade de monitorização;
- Outros dados de interesse para o dentista.

VI- CONSIDERAÇÕES PREVENTIVAS DE INTERESSE PARA O PLANO DE TRATAMENTO.

A prevenção é um dos principais aspectos a se considerar quando da elaboração de um plano de tratamento que se ajuste às necessidades tanto individuais como coletivas.

Ao planejarmos o tratamento, a incorporação de condições preventivas, de forma a melhorar o prognóstico, representa a melhor prática odontológica. Ela toma lugar em três níveis:

1. Prevenção primária: passos tomados para assegurar que a doença não se instale.
2. Prevenção secundária: detecção precoce da doença em estágios ainda incipiente (mancha branca p.ex.) com a interrupção do seu progresso pela execução de medidas simples (remineralização, p.ex.).
3. Prevenção terciária: tratamento adequado e oportuno da doença instalada, de forma a minimizar ou eliminar seus efeitos destrutivos, restaurar a função e propiciar resistência aos ataques futuros da doença.

A cárie tem sido uma das mais prevalentes doenças de nossa civilização nos últimos 400 a 500 anos, segundo Katz et al (1982).

*** Prevenção Primária: - proteções específicas utilizadas em Odontologia comunitária.**

A- Fator dente susceptível

a. No planejamento de um tratamento em nível comunitário, o emprego da fluoretação das águas de abastecimento público é uma prevenção primária. É um meio seguro, eficiente e econômico de se fortalecer o dente susceptível. Sua eficácia contra as cáries é de 50-60%, em média.

b. Também pode-se usar comprimidos fluorados, como meio alternativo quando o nível de flúor nas águas públicas não o teor preconizado. O dentista deve levar em conta a idade do paciente, a concentração iônica do flúor no comprimido e o teor de flúor nas águas potáveis.

c. Há também a fluoretação tópica como meio de tornar o dente mais resistente ao ataque de cárie.

A solução de fluoreto de sódio a 0,2% em pH neutro, tem sido usada com sucesso, em serviços públicos, na forma de bochechos semanais. Contudo, o aumento da frequência dos bochechos com diminuição de concentração do íon flúor, parece ser mais efetiva, embora seja pouco prática em atendimento de massa. Tem-se também a fluoretação com gel acidulado de flúor-fosfato com uma concentração de 1,23% de íon fluoreto e que tem apresentado os melhores resultados. Antes da fluoretação tópica recomenda-se que seja realizada uma profilaxia para remoção de depósitos superficiais no esmalte.

Para esta modalidade de aplicação tópica (gel acidulado) um tratamento anual por 4 minutos é uma modalidade ótima e poderia ser introduzida em saúde bucal coletiva.

d. A utilização de dentifrícios fluorados, que é a modalidade mais utilizada de flúor tópico parece estar incorporada aos hábitos da maioria da população e não necessita maiores atenções nesta nossa explanação.

e. O uso de selantes nas fôssulas e fissuras constitui outro meio de propiciar resistência dentária às cáries, principalmente nas faces oclusais e nos sulcos vestibular e lingual. Sua efetividade está por volta de 50-90%. Mesmo quando esses selantes não ficam retidos, seu efeito ainda parece persistir por algum tempo.

B. Fator placa bacteriana.

A placa é tão deletéria que, ao ligar-se ao dente, é capaz de manter os produtos finais do metabolismo bacteriano em contato íntimo com o esmalte, possibilitando o início rápido da desmineralização. Aí, então, começa a cárie que, se não abordada convenientemente, e o mais logo possível, trará todas aquelas seqüelas conhecidas e não desejadas pelas autoridades de saúde bucal de todo o mundo. O controle da placa bacteriana de modo eficiente e freqüente, principalmente à noite, antes de ir para cama, é de suma relevância para aqueles que estejam dispostos a debelar à cárie de suas vidas. Esta noção deve ser dada aos pacientes e à toda a comunidade adstrita ao serviço de saúde bucal da região.

As atividades desenvolvidas pela placa decorrem de seu poder de aderência e estabilização na superfície do dente.

Ela também facilita a colonização de outros microorganismos que não os *S.mutans*, que são em número muito elevado na placa. Esses microorganismos formam ácidos, particularmente, o láctico e, em menor quantidade, os ácidos acético, pirúvico, propiônico, butírico e, provavelmente, o fumárico.

As medidas preventivas primárias para a eliminação da placa e da atividade bacteriana em seu interior, são estabelecidas para prevenir sua formação e depois, se formada, sua remoção o mais rapidamente possível. Aqui entram as escovas e os fios-fitas dentais. As soluções evidenciadoras devem ser empregadas, particularmente, nos serviços de caráter público, por suas conotações de impacto, de motivação e educação nos membros da comunidade. A evidenciação torna real aos pacientes algo que eles julgam não existir. Porque não vêm, é que parece não possuir, efeitos nocivos à cavidade bucal.

A higienização bucal (escovação, uso de fio-fita dental; bochechos anti-sépticos e outros acessórios) supervisionada é de inestimável valor e efeito nos programas de assistência odontológica à comunidade, sendo sua implementação realizada, cada vez mais, pelo pessoal auxiliar clínico (ACD e THD). Um programa de higiene e fisioterapia bucal deverá ser instituído, paralelamente, mas com interação e dinamismo, em toda proposta de atendimento em odontologia comunitária. Também noções objetivas e simples de autocuidado. Foi estimado que estes cuidados de higiene bucal, levam em média, cerca de 5 a 7 segundos para cada dente e 7 a 10 minutos para toda a dentição (Loesche⁸³,1993). No caso da higienização e fisioterapia bucal o grande problema é a motivação. A experiência clínica mostra que é muito difícil alterar os hábitos pessoais de um indivíduo, a despeito de sua inteligência, educação, situação financeira e do seu grau de escolaridade. Nesses casos, as instruções e as recomendações da equipe de saúde pouco ou quase nada podem fazer para modificar a situação anterior do indivíduo e da população se não

houver um forte apelo motivacional impulsionando as ações do paciente e da comunidade. Verifica-se que a motivação é muito difícil de se manter, por um longo período, em odontologia. A situação, no entanto, parece estar mudando com o advento da chamada Odontologia Cosmética, tão em voga nos dias de hoje.

No caso dos pré-escolares, escolares, adolescentes e adultos jovens, o fator crítico está em saber os pais e professores estão dispostos a ajudá-los e a torná-los capazes de manter uma educação bucal contínua e modificada para seus filhos ou alunos. A eficiência da higienização deve ser freqüentemente, testada e corrigida, se necessário, e isto dá muito trabalho!

C. Fator carboidratos e dietas

A ingestão de carboidratos deve ser restringida ao mínimo se almejamos a prevenção efetiva, da cárie dentária.

A chave para o controle dietético da cárie está na limitação de carboidratos fermentáveis, especialmente a sacarose. Isto pode ser conseguido pela restrição de açúcar durante e entre as refeições ou pela substituição destes por adoçantes sintéticos ou alternativos, se bem que há algumas objeções com relação a alguns destes açúcares alternativos. A mudança de hábito aqui também é o grande empecilho. Luta-se contra os pais, avós, tios, televisão e outdoors. A luta configura-se, no momento, desigual. O desconhecimento de noções de nutrição é outro problema enfrentado pelos dentistas e pais. Por exemplo, poucos sabem, que uma pequena barra de chocolate pode suprir sete colheres das de chá de açúcar,

enquanto uma torta pode corresponder a 12 colheres das anteriores. Os procedimentos preventivos devem satisfazer às necessidades da comunidade, portanto, a abrangência dos métodos deve ser avaliada de modo imparcial e com freqüência. É ridículo tentar manter um rígido programa preventivo que afete, radicalmente o modo de vida de uma comunidade. Sua tendência será o fracasso e a curto prazo.

Outro problema é a iatrogenia que ocorre cada vez mais, na prática odontológica. É um fator que facilita o surgimento da cárie e de outras doenças bucais. São os excessos de material nas restaurações, contatos abertos e/ou defeituosos, contornos desfavoráveis, e a falta de acabamento e polimento nas restaurações.

*** Prevenção Secundária (diagnóstico e tratamento precoces)**

Com relação à cárie dentária, o pronto atendimento é fundamental. Infelizmente, a cárie inicial é de difícil detecção nas superfícies oclusal e proximal, onde justamente ocorre maior prevalência. O critério de “segurar o explorador”, atualmente, já não é mais aceito e nem tido como acautelado para se configurar a existência ou não de cárie. O uso da sonda exploradora afilada deve ser parcimonioso para não romper a estrutura superficial sadia e disseminar placa infectada para o interior do corpo de lesão (estágio histopatológico da lesão de cárie).

Nesta fase tem grande relevância a associação do exame clínico com radiografias de boa qualidade. As tomadas radiográficas interproximais são as mais indicadas na detecção das

cáries e podem ser empregadas, sem maiores dificuldades, em serviços de atendimento públicos.

*** Prevenção terciária (limitação do dano e reabilitação)**

Aqui a terapêutica está voltada para a limitação do dano causado pela cárie. Incluem aqui:

- capeamentos e tratamentos expectantes;
- endodontias;
- exodontias

O objetivo é melhorar a capacidade funcional dos indivíduos.

Não vamos considerar nem tampouco tecer comentários com relação à reabilitação, que engloba tratamentos protéticos totais e parciais, pois os mesmos não constam, de modo rotineiro, nos programas e planejamentos assistenciais públicos. É que este nível de prevenção apresenta abordagens terapêuticas que não são cobertas pela maioria dos programas de assistência odontológica do país.

VII- REQUISITOS PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA PRÁTICA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA COLETIVA.

Deve-se ter os seguintes requisitos:

7.1. Adoção de uma filosofia preventiva, que se distingue por:

- considerar o paciente em sua totalidade;
- propósito de manter o paciente livre de doenças (cárie, no caso);
- impedir o avanço da doença já existente, precocemente.

- reabilitar o paciente, independentemente de qualquer nível em que esteja
- educá-lo e motivá-lo para a prevenção.

7.2. Uso de pessoal auxiliar

Sem a participação efetiva de auxiliares motivados e treinados não haveria enfoques preventivos em odontologia ou eles não seriam tão significativos como os são.

A prevenção exige o concurso de várias pessoas (CD+ACD+THD) pois atua em vários pontos da totalidade humana. Isto requer a delegação de funções e responsabilidades para não torná-la dispendiosa, cansativa e lenta. Os passos são repetitivos, extensos e de grande abrangência populacional, sendo que apenas o C.D. não poderia dar conta de tudo.

A prevenção também depende do grau de educação odontológica dos pacientes. É preciso instruir a comunidade sobre saúde bucal, higiene e técnicas de auto-cuidado e isto pode ser delegado ao pessoal auxiliar.

O pessoal auxiliar possui uma comunicação mais estreita com os clientes e, muitas vezes, provêm do seio desta mesma comunidade.

A informalidade dá-se mais facilmente entre pessoal auxiliar-clientela que entre dentista-clientela, o que predispõe um entendimento mais rápido das instruções e com efeitos mais positivos do tratamento preventivo. A linguagem do C.D. é mais técnica e pode também interferir na qualidade da informação e na comunicação como

um todo. O pessoal auxiliar, desnecessário dizer, deve ser reciclado periodicamente, tanto em motivação como em conhecimentos técnicos.

O ideal seria que tivéssemos condições de trabalhar, mesmo nos serviços públicos, com recepcionistas, ACD e THD.

7.3. Adaptação dos equipamentos odontológicos para a prevenção

Em serviços públicos, não raras vezes, temos que adequar os equipamentos aos espaços físicos disponíveis o que resulta quase sempre em modificações dos equipamentos. Muitos serviços resolveram com criatividade esses problemas, simplificando e integrando os equipos odontológicos, no sentido de ganhar espaço, aumentar a produtividade, diminuir pessoal auxiliar e restringir os movimentos operatórios. Existem núcleos de atendimento que possuem salas operatórias, salas de higienização, equipos modernos e bem equipados, uma instrumentadora para cada C.D. e uma ACD para cada equipo, isto além de THD atuando com funções expandidas. Como não estamos requerendo situações ideais, mas funcionais e orgânicas, a engenhosidade e boa vontade são os aliados indispensáveis. Não podemos nos esquecer dos equipamentos transportáveis que, por assim dizer, revolucionavam alguns serviços (São Carlos por ex.). A equipe toda é transportável não havendo nada fixo.

VIII. A PREVENÇÃO CONVIVENDO COM A RAZÃO

A aplicação bem sucedida de procedimentos preventivos primários para a cárie pode, vez ou outra recorrer-se da odontologia operatória como tratamento coadjuvante da cárie. O que

que sucede é que esta é parte substancial da prática odontológica, sendo muitas vezes, a sua única terapêutica. Esta disciplina é responsável pela reparação de todas as lesões da coroa clínica dos dentes, o despeito de suas causas.

Seu maior desafio é o tratamento bem sucedido da cárie, quer em fase incipiente ou já cavitada, numa tentativa de devolver a função e a estética de modo o mais similar possível. Tais esforços pertencem ao nível terciário da odontologia preventiva e inclui os seguintes procedimentos:

1. Escavação maciça da cárie e selamento provisório com material selador cavitário (óxido de zinco e eugenol p.ex.) para o controle rápido do processo de deterioração.
2. Extirpação pulpar e terapia endodôntica no caso de infecções agudas e dor, assim como nos casos crônicos.
3. Capeamento pulpar com materiais adequados $[Ca(OH)]_2$, p.ex) nos casos de polpas expostas, mas assintomáticas.
4. Colocação de cimento selador cavitário (óxido de zinco e eugenol por ex.) para os casos de sensibilidade sem exposição pulpar.
5. No caso de cavidades profundas a remoção total da cárie pode ser problemática e tornar-se iatrogênica, caso exponha-se a polpa. Neste caso remove-se a cárie em sua maior parte e sela-se a cavidade com uma substância seladora (ZOE ou cimentos ionoméricos, p.ex.)

Após um período variável de 3-6 meses o resto da cárie pode ser removido e a restauração permanente é realizada. Muitas vezes, dependendo do estado clínico e radiográfico, uma cavidade pode e deve ser restaurada em caráter permanente, na mesma sessão clínica.

6. Aplicação de medidas de controle da cárie.

- fluoretação tópica;
- aplicação de selantes
- profilaxias periódicas com polimento coronário, etc.

7. Colocação de restaurações permanentes, dentro dos limites permitidos e preconizados pela dentística restauradora.

IX. CUIDADOS DE EMERGÊNCIA

Esses cuidados primários são oferecidos em unidades de pronto-socorro (P.S.) e necessitam de uma equipe fixa que se reveza nos atendimentos e plantões. Seu funcionamento ao público é ininterrupto.

Em termos de urgência, a emergência está na situação de prioridade sobre todos os outros cuidados. Devem ser, portanto, completada dentro de 24 horas, a partir do momento que o paciente se apresente ao serviço com um problema ameaçador. São divididas em:

9.1. Emergência com risco de vida

- 9.1.1. angina de peito
- 9.1.2. enfarte do miocárdio
- 9.1.3. anafilaxias
- 9.1.4. coma diabético
- 9.1.5. ataques epilépticos

Essas emergências, embora sejam de alçada médica pode ocorrer em consultórios, clínicas e serviços públicos

odontológicos. Nos prontos-socorros, geralmente, há um médico de plantão para tais situações.

9.2. Emergências orais

São diagnosticadas e tratadas como infecções sérias, dores severas, traumas faciais e lesões das estruturas vizinhas ao dente.

Exemplos:

- 9.2.1. Pulpectomia emergência.
- 9.2.2. Drenagem e curetagem de abscessos.
- 9.2.3. Exodontia de dentes fraturados e com dor.
- 9.2.4. Cortes labiais, faciais e fraturas* .
- 9.2.5. Lesões perfurantes.
- 9.2.6. Dentes avulsionados por quedas ou brigas.
- 9.2.7. Colagem de fragmentos.
- 9.2.8. Ferulizações imediatas.
- 9.2.9. Tratamento de alveolites e hemorragias pós-exodônticas.
- 9.2.10. Tratamento de pericoronarite.

Os cuidados essenciais são definidos, ainda, como o diagnóstico e o controle das condições ameaçadoras à saúde bucal e sistêmica, preocupações estéticas maiores e limitações funcionais relevantes. Requerem um tratamento prioritário dentro da seqüência do plano de tratamento. Em uma outra classificação, levando em consideração suas ordens de prioridade temos:

9.3. Controle das condições de risco à saúde sistêmica

* A maioria dos P.S. odontológicos oferecem serviços de traumatologia e cirurgia bucomaxilofacial em suas programações.

A primeira responsabilidade do clínico, após os cuidados de emergência é tomar medidas requeridas para diagnosticar ou controlar problemas que põem em risco a saúde sistêmica. Essas condições sistêmicas requerem ação imediata porque podem ser complicadas pelo tratamento da condição oral (tensões emocionais, em vista de uma exodontia, pode precipitar uma complicação cardíaca num paciente hipertenso). Um diabetes pode complicar um tratamento periodontal se não foi estabilizado, previamente.

9.4. Controle das condições bucais ameaçadoras

A seguir, damos exemplos de condições orais que apresentam riscos:

- 9.4.1. lesões cariosas profundas e assintomáticas com tendência a se aproximar da polpa.
- 9.4.2. dentes não-vitais assintomáticos.
- 9.4.3. estomatites crônicas.
- 9.4.4. imagem radiolúcida extensa ao redor de dentes, inclusos e/ou impactados.
- 9.4.5. Imagens radiolúcidas ósseas.
- 9.4.6. Neoplasias em geral.

9.5. Controle temporário das situações estéticas e funcionais

Os tipos de problemas que exigem tratamento temporário ou minimizante são aqueles que causam, realmente uma carga de aborrecimentos aos pacientes. São eles:

- 9.5.1. fratura de dente anterior superior.

9.5.2. avulsão acidental de dente anterior superior.

9.5.3. manchamento de dente anterior superior.

Quanto às condições funcionais que devem ter atenção temporária e imediata, estão aquelas que não permitem uma fala aceitável e uma adequada mastigação.

X. MONITORIZAÇÃO E PAPEL DA EDUCAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

A etapa de manutenção ou monitorização implica, modernamente, num conceito de cuidado dispensado continuamente. Isto subentende que o tratamento odontológico nunca é concluído e que os pacientes e a comunidade toda deve saber disso, o mais cedo possível, para evitar-se contratempos irreparáveis. Sugerimos que esta idéia de tratamento continuado deva ser apresentada e explicada no plano de tratamento. Com isto esperamos que os pacientes fiquem mais receptivos ao programa de atenção odontológica continuada. É importante salientar que a avaliação da saúde bucal necessita ser monitorizada em bases individuais e conforme a categoria do paciente em relação ao seu risco de cárie.

Uma manutenção conterà etapas como:

10.1. Exame clínico (complementação)

10.1.1. tecidos moles(gengivas, lábios, bochechas, mucosas, tec.)

10.1.2. tecidos duros (ossos, dentes)

10.1.3. ATM

10.1.4. avaliação periodontal (reavaliação)

10.1.5. exame dentário.

10.1.5.1. reavaliação da categoria de risco à cárie.

10.1.5.2. prevalência de cárie (novo índice CPO-ceo)

10.1.5.3. nível de higiene dentária.

10.1.5.4. estado das restaurações realizadas no último tratamento.

10.1.5.5. alterados bucais gerais.

10.1.5.6. estado da oclusão(verificar possíveis alterações)

10.1.5.7. alinhamento dentário.

10.1.5.8. migrações e/ou giroversões dentárias.

10.1.5.9. abrasões e erosões.

10.1.5.10. manchamentos ou descolorações (causas).

10.2. Avaliação higiênica.

10.3. Avaliação dietética.

10.4. Avaliação dos trabalhos efetuados.

10.5. Avaliação radiográfica.

Quanto à educação odontológica contínua, item de fortalecimento dos programas instituídos, podemos assinalar que a mesma faz-se em três etapas:

1. educação e motivação direta (face-a-face com o paciente)

- está a cargo do C.D., ACD, THD, mas que deve ser delegada, sempre que possível.

2. Educação e motivação indireta.

- faz-se sem a participação do pessoal de atendimento, geralmente, por meios audiovisuais. Mais que educação é uma instrução. Pois seu objetivo principal é prover informação. Deve ser oferecida sempre depois de um programa educacional direto.

Empregam-se neste tipo de comunicação, os seguintes recursos:

- diapositivos.
- cartazes, fotografias e macromodelos.
- transparências e filmes.
- cassetes e videocassetes.
- evidenciação da placa bacteriana.
- faixas, exposições e outdoors.

3. Educação e motivação à distância.

Neste caso usam-se os correios(mala direta) para a transmissão de instruções aos pacientes e também os jornais e revistas. Geralmente a comunidade possui seu periódico próprio o que deve receber, então, notícias, instruções, avisos e comentários sobre saúde bucal. O telefone também pode e é utilizado como meio de transmitir recomendações educacionais e motivacionais aos pacientes.

4. Educação e motivação para a saúde bucal da comunidade.

Nesta missão devem reunir esforços não só os responsáveis pelos serviços públicos como também as associações de classe, os órgãos beneficentes e os clubes de serviço da comunidade.

O principal objetivo de qualquer programa de saúde bucal comunitário é o de garantir que a água de abastecimento local tenha uma quantidade ótima de flúor. Depois, que as crianças em idade pré-escolar e escolar recebam, pelo menos anualmente, os benefícios incontestes da fluoretação tópica. Esses tratamentos deveriam atingir a maioria da comunidade. Indivíduos egressos da comunidade local deveriam também participar como membros efetivos e colaboradoras dos programas e campanhas de educação-motivação em Odontologia. O ideal seria que cada membro fosse em verdadeiro agente de saúde bucal em sua comunidade.

Nada de ser um mero espectador da situação, mas uma peça ativa, participante e responsável pelo nível de saúde bucal do grupo social onde vive. Todos somos responsáveis, por nós mesmos e por nossos irmãos sociais. A idéia está lançada.

X. COMENTÁRIOS FINAIS.

Os programas de saúde bucal públicos devem caracterizar-se de um modo geral, por sua clareza, objetividade, abrangência, organização e operacionalidade. A meta é o cidadão e o cidadão com saúde total, integral. As dificuldades são muitas, mas pelo que vimos, existem serviços mantendo programas dispendiosos, sofisticados até, mas sem atingir os anseios da comunidade. O que se precisa é uma meta bem delimitada e definida, é um diagnóstico honesto e límpido da saúde bucal coletiva e vontade política para o empreendimento requerido.

Temos profissionais capacitados, pessoal auxiliar treinado e motivado; conhecimentos técnico-científicos comprovados sobre a eficácia das medidas preventivas; conhecimentos técnico-científicos comprovados de que a cárie é uma doença prevenível e tratável e uma comunidade ávida por tudo isso.

O Brasil espera pela decisão de cada um de nós para sair da desonrosa posição que ocupa como um dos países menos eficientes e sérios em tratar os problemas bucais de sua gente. Que nossa vergonha não se torne maior do que a imensidão de nosso território.

RODRIGUES, J.R. *Proposta de um modelo de assistência odontológica em saúde coletiva fundamentado na prevenção da cárie e com a participação de pessoal auxiliar*. Araraquara, 1995. 239p. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

RESUMO

A saúde bucal da população brasileira exige uma nova reflexão e uma reorientação preventiva para que a prevalência de cárie decline para índices condizentes com os esperados pela O.M.S.

Várias tentativas para solucionar esta condição premente são abordadas, rotineiramente, por todos os segmentos da sociedade brasileira, com o objetivo de repartir responsabilidades e êxitos.

A cárie, no entanto, continua sua escalada implacável, embora os profissionais existentes sejam capazes, os equipamentos e os materiais utilizados sejam eficientes e adequados. Os pacientes já possuem uma relativa educação odontológica que os habilitam a ações de auto-cuidado domiciliar e, contudo, ainda sofremos as mutilações causadas por esta doença obstinada.

As medidas propostas no combate às cáries, apesar das dificuldades sócio-econômicas da comunidade e das disparidades regionais, têm produzido efeitos positivos em alguns locais. São

comunidades integradas, participantes e motivadas que parecem estar fazendo a diferença nesta luta.

Esses núcleos assistenciais, tidos como exemplares por sua racionalidade e produtividade, foram visitados e observados neste trabalho e deles subsídios importantes para futuros empreendimentos neste setor.

Embora tenha-se encontrado alguns serviços mal-estruturados, com coordenação omissa e produzindo aquém das expectativas, não se pode assinalar que houve negligência por parte de seus funcionários e indiferença expressa dos responsáveis pela idealização e planejamento dos mesmos. Contudo, fica claro que onde tem-se pessoal treinado e motivado para as tarefas indicadas, obtém-se produtos e bens de qualidade.

Tais bens e serviços consumidos geram uma satisfação patente na comunidade, alterando o nível de saúde da coletividade alvo.

Pela revisão bibliográfica evidenciou-se que há uma dessemelhança na qualidade dos serviços ofertados entre as regiões deste país e uma política de saúde que ainda, não conseguiu solucionar, a contento, os problemas de saúde bucal da nação brasileira.

Assim sendo, lançamos algumas idéias e propostas auxiliares que talvez possam propor um novo modelo conceitual de assistência odontológica pública.

A proposta sugerida fundamentou-se em pesquisa feita através de um questionário específico que aplicou-se em alguns centros de atendimento odontológico, ouvindo-se seus integrantes.

Os dados obtidos foram analisados, interpretados e após metódica ponderação, inferiu-se uma série de carências e distorções que podem ser alteradas e, algumas, até aproveitadas se remodeladas conforme a região e disponibilidade dos recursos.

Concluiu-se também que existem serviços exemplares, eficientes e obstinados em oferecer um padrão de alto nível em saúde odontológica para a comunidade. Mesmo assim, a procura incessante por melhoria e qualidade final dos bens oferecidos continua.

A cárie ainda resiste e as propostas em debelá-la fervilham em todos os centros interessados na promoção de saúde bucal. É preciso ação e muita razão nesta tarefa.

RODRIGUES, J.R. *Proposed Pattern of odontological assistance in collective health based in the prevention of caries and with the participation of auxiliary staff.* Araraquara, 1995. 239p. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

SUMMARY

The bucal health of the Brazilian population asks for a rethink and a preventive reorientation to cause the caries rates to decline to the ones acceptable by the World Health Organization (W.H.O.).

Many attempts to work over this pressing condition are discussed, recurrently, by all the categories of the society, with the will of sharing responsibilities and results.

The caries, although, keeps its unappeasable ascendance, as even the existing professionals are capable and the equipment and technology being used are efficient and adequate. The out patients already have a pertinent odontological education, which allows them to act in their domicile self-care and, however, we still suffer with mutilations caused by this obstinate disease.

The action suggested for the fight against caries, in spite of the social and economic difficulties of the contrast amongst regions, have been producing positive effects in some places. These are motivated and partaking integrated community, which seem to be the highlight on this strike.

These assistential centres, taken as examples, for their coherence of production, have been visited and observed and, from them, important grant for future projects in this field were obtained.

Al though badly-structured services have been found, with omithing coordination and producing below expectations, no neglects can be pointed out, neither caused by officals, non by the ones responsible for the acomplishment and planning of these. Never theless it is clear that where there is a motivated and trained staff for the indicated tasks, products and possessions of quality are acquired. These, when consusmed, originate satisfaction which will become a pattern to the community changing the level of the target-commonwealth's health.

By the bibliographic analysis, it was possible to show that there is a contrast on the quality of the offered services beteen the regions of this country and there is also a health police that, still, has not managed to solve to contentment, the problems concerning the bucal health of the Brazilian Nation.

On that account, auxiliary proposals and ideas were suggested, which night indicate a new pattern on public odontological assistance.

The suggested proposal was based on a research made through an especific questionnaire, applied to some centres of odontological assistance.

The obtained data were analysed, interpreted and, after metialous ponderation and rethinking, a considerable sum of lackes and

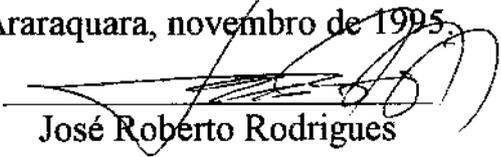
distortions that could be changed have been found. Some of them can even be rethought, according to the region and availability of sources.

It's also concluded that there are services taken and considered as examples, efficient and willing to offer high-level services in odontological health to the community. Indeed, the nonstop striving to improvement and final quality of the offered goods goes on.

The caries still resists and the proposals on extinguishing it has been thought over in all centres interested in the promotion of bucal health. Action and plenty of rational wills are required for this task.

Autorizo a reprodução deste trabalho

Araraquara, novembro de 1995.


José Roberto Rodrigues