

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**AVALIAÇÃO E PRODUTIVIDADE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA  
INTEGRADA NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ  
(Contribuição ao modelo de ensino odontológico)**

**PAULO AUGUSTO PIRES MILANI**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Integrada.

São Paulo  
2003

Data da Defesa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**AVALIAÇÃO E PRODUTIVIDADE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA  
INTEGRADA NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ  
(Contribuição ao modelo de ensino odontológico)**

**PAULO AUGUSTO PIRES MILANI**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Integrada.

Orientador: Prof. Dr. Mario Sergio Soares

São Paulo  
2003

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Alzimeire** (in memorian) e **Antônio** (in memorian), pela lição de vida, amor, ensinamentos e inspiração na escolha da profissão.

A minha esposa, **Karyme**, pelo amor dedicado, pelo apoio, companheirismo e compreensão constante, mesmo nos momentos difíceis.

A minha filha, **Luiza**, por existir.

Aos meus avós, **Antonia** e **Luiz** (in memorian), pela sua presença constante em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos, **Gisele** e **Luis Henrique**, pelo amor e amizade incondicional.

Aos meus tios, **Valentina e José Maria, Maria Aparecida e Bó, Luis César e Marzia, Margarete e Osvaldo** (in memorian), **Maria do Carmo** e **Nei, Eliana e Valentino** pelo empenho à minha formação na ausência de meus pais.

Ao Prof. Dr **Mario Sergio Soares**, pelas horas despendidas, dedicação, paciência, confiança, meu apresso e gratidão pela segura orientação, que sem a qual este trabalho não estaria completo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr Rodney Garcia Rocha, pela oportunidade, incentivo e exemplo, o meu agradecimento.

Aos professores da Disciplina de Clínica Integrada da FOU SP, pelo apoio e compreensão.

Ao Prof. Dr Francisco Éden Trevisan, grande amigo, agradecimento especial, por ter me concedido a oportunidade e contribuído no meu desenvolvimento na carreira universitária.

Aos Profs. Drs. Eduardo Peixoto, Luiz Ronaldo Picosse e Pedro Carlos Ferreira Tonani, por terem acreditado em meu potencial e permitindo a realização desta Pós Graduação

Ao Prof.Dr Eduardo Carrilho, pela amizade, ajuda dispendida durante minha ausência e principalmente, por compartilhar seus conhecimentos, tão importantes para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr José Stechman Neto, pela amizade e ajuda dispendida durante a minha ausência.

Ao Prof Dr. Rui Fernando Mazur, especial agradecimento, pela amizade de todos estes anos e ajuda constante.

À Vilma Aparecida Vieira, secretária da Disciplina de Clínica Integrada da FOUSP, agradecimento especial pela sua amizade, incentivo e ajuda constante, em todos os momentos da elaboração deste projeto

Aos Colegas da Pós Graduação, pela amizade e ajuda.

Aos alunos da Universidade Tuiuti do Paraná, em especial a aluna Janine Lago, que ajudaram na coleta de dados deste trabalho.

A Universidade Tuiuti do Paraná, principalmente, na figura dos coordenadores do Curso de Odontologia, Claris Dalla Bona, Dewet Virmond Taques Jr e Natanael Mattos, por terem permitido a realização desta pesquisa nas dependencias da UTP.

## SUMÁRIO

p.

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	5
2.1 Fundamentação teórica em Clínica Integrada .....	5
2.2 Perfil dos pacientes e prevalência .....	14
2.3 Produtividade.....	25
3 PROPOSIÇÃO.....	35
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	36
4.1 Material.....	36
4.2 Métodos.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
6 CONCLUSÕES.....	85
ANEXOS .....	87
REFERÊNCIAS.....	95

*SUMMARY*



## LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Dados gerais do paciente.....	38
Tabela 4.2 - Triagem dos pacientes.....	39
Tabela 4.3 - Exame clínico/diagnóstico.....	39
Tabela 4.4 - Planejamento.....	40
Tabela 4.5 - Necessidades clínicas dos pacientes.....	41
Tabela 4.6 - Procedimentos executados.....	41
Tabela 4.7 - Interrupções no tratamento/motivo .....	42
Tabela 5.1 - Distribuição de pacientes que realizaram exame clínico na Faculdade de Odontologia da UTP segundo o gênero, números absolutos e porcentagens.....	47
Tabela 5.2 - Distribuição dos pacientes atendidos, segundo os grupos etários. Números absolutos e percentuais .....	48
Tabela 5.3 - Distribuição dos pacientes de acordo com a cor da pele em números absolutos e porcentagens.....	49

Tabela 5.4 - Distribuição dos indivíduos conforme o nível de escolaridade em porcentagem e números absolutos.....	51
Tabela 5.5 - Distribuição quanto a presença ou ausência de alterações sistêmicas em números absolutos e porcentagens .....	52
Tabela 5.6 - Distribuição segundo o tipo de alteração sistêmica. Números absolutos percentuais .....	52
Tabela 5.7 - Distribuição de acordo com o sistema de triagem. Números absolutos e percentuais.....	53
Tabela 5.8 - Distribuição de acordo com as necessidades clínicas do paciente. Números absolutos e percentuais .....	54
Tabela.5.9 - Distribuição das necessidades clinicas simultâneas, relacionadas ao sistema de triagem. Números absolutos e percentuais .....	55
Tabela.5.10 - Distribuição em números absolutos e percentuais, relacionados a incidência das especialidades clínicas iniciadas/planejadas e concluídas e não concluídas nos pacientes.....	56
Tabela 5.11 - Números absolutos e percentuais dos pacientes triados, segundo a sua distribuição .....	57
Tabela 5.12 - Distribuição segundo a qualidade do exame clínico, em números percentuais e absolutos .....	58

Tabela 5.13 - Números absolutos e percentuais, com relação a conferência do exame clínico pelos professores orientadores .....	59
Tabela 5.14 - Distribuição do plano de tratamento de acordo com a sua qualidade. Números absolutos e percentuais.....	60
Tabela 5.15 - Números absolutos e percentuais, com relação a conferência do plano de tratamento pelos professores orientadores.....	60
Tabela.5.16 - Números absolutos e percentuais, com relação ao modelo de prática odontológica .....	61
Tabela 5.17 - Distribuição em números absolutos e percentuais, relacionados ao momento da interrupção do tratamento.....	62
Tabela 5.18 - Distribuição segundo o motivo da interrupção em números percentuais e absolutos.....	63
Tabela 5.19 - Distribuição dos pacientes, segundo a procura por manutenção de tratamento, em números absolutos e percentuais .....	64
Tabela 5.20 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos clínicos de exame clínico em minutos.....	68
Tabela 5.21 - Distribuição das intercorrências durante o procedimento de exame clínico com média em minutos e porcentagem .....	69
Tabela.5.22 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de raspagem e polimento corono radicular (RPCR), por Hemi-arcada .....	70

Tabela 5.23 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos clínicos de exodontia em elementos anteriores, posteriores e raízes residuais.....	71
Tabela 5.24 - Distribuição das intercorrência durante o procedimento de exodontia com media em minutos e porcentagem .....	73
Tabela 5.25 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de abertura endodontica de elementos dentais uni, bi e triradiculares em minutos .....	74
Tabela 5.26 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de preparo químico cirúrgico de elementos dentais uni, bi e triradiculares em minutos .....	75
Tabela 5.27 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de obturação endodontica de elementos dentais uni, bi e triradiculares em minutos .....	76
Tabela.5.28 - Média de tempo total despendido na execução dos procedimentos endodonticos de elementos dentais uni, bi e triradiculares em minutos .....	77
Tabela 5.29 - Distribuição segundo a ocorrência de intercorrência durante o procedimento de endodontia em media/minuto e porcentagem.....	78
Tabela 5.30 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de restaurações em resina composta fotopolimerizável para cavidades tipo Classe III, IV e V em minutos.....	79

Tabela 5.31 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de restaurações em amálgama de prata para cavidades tipo Classe I, II e V em minutos .....	80
Tabela 5.32 - Distribuição segundo a ocorrência de intercorrência durante a execução dos procedimento de dentística, amálgama e resina fotopolimerizável com média em minutos e porcentagem.....	82
Tabela 5.33 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de prótese dentária (moldagem de núcleo metálico fundido pela técnica direta e indireta, e confecção de provisórios pela técnica direta) em minutos .....	82

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
CE	Ceará
CNE	Significante
CES	Camara de Educação Superior
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP	Universidade Estadual Paulista
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
SADS	Unidade de Cuidados Primários do Hospital Dental de Adelaide do Serviço Dental Sul
FORP-USP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
INTPC	Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de Ataque de Cárie Dental (cariados, perdidos e obturados)
OMS	Organização Mundial da Saúde

UTP	Universidade Tuiuti do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
PQC	Preparo Químico Cirúrgico
RPCR	Raspagem e Polimento Corono Radicular
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
FO-UPF	Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
FO-UFG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás
SP	São Paulo
IdM	Individual Matutino
IdV	Individual Vespertino
DpM	Duplas Matutino
DpV	Duplas Vespertino
DE	Demanda Espontânea
DO	Demanda Orientada
PA	Pronto Atendimento
PPR	Prótese Parcial Removível
PPF	Prótese Parcial Fixa
PT	Prótese Total
N	Número
Min	Minutos

## **RESUMO**

### **AVALIAÇÃO E PRODUTIVIDADE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA INTEGRADA NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ (Contribuição ao modelo de ensino odontológico)**

Os alunos do curso de Graduação na Disciplina de Clínica Integrada da Universidade Tuiuti do Paraná, desenvolveram atendimento clínico em pacientes de faixa etária diversas, contando com toda infra estrutura necessária para sua realização. Este estudo em um primeiro momento teve o objetivo de traçar um perfil epidemiológico dos pacientes, observando a eficiência/eficácia da metodologia empregada no momento da triagem, correto desenvolvimento do plano de tratamento e o seguimento das orientações teóricas e/ou filosóficas da disciplina por parte do corpo docente e discente. Em uma segunda fase quantificou-se o tempo despendido na execução de determinados procedimentos clínicos, como exame clínico , de periodontia , de cirurgia , de endodontia , de dentística restauradora e de prótese, procurando identificar possíveis dificuldades na execução de trabalhos por parte dos alunos, falhas dos docentes e da instituição, que por sua vez pudessem interferir no correto desempenho dos alunos com a finalidade de alcançar a competência clínica. Após avaliação de 342 fichas



clínicas e mensuração do tempo despendido no desenvolvimento dos trabalhos clínicos, com suas possíveis intercorrências, anotaram - se os resultados em planilhas as quais foram submetidas a posteriores análises para comprovação dos resultados obtidos.

## 1 INTRODUÇÃO

Devido as dificuldades da integração entre diferentes disciplinas, mais especificamente entre as matérias básicas e as profissionalizantes, e ainda, pensando que a principal função do professor é preparar o aluno para o futuro, de forma que este possa compreender e assimilar os progressos sócio-científicos e tecnológicos da Odontologia, pensou-se na criação de uma nova disciplina a qual pudesse aglutinar esses conhecimentos, a Clínica Integrada.

Por resolução do Conselho Federal de Educação e Cultura, em novembro de 1970 (parecer nº 840/70), tornou-se obrigatória, no currículo mínimo da ciência odontológica, a Disciplina de Clínica Integrada, com duração mínima de um semestre letivo. Tinha por objetivo desenvolver nos graduandos, o exercício clínico, através de estágios supervisionados intra e / ou extra instituição, procurando assim estabelecer a formação generalista, conforme as necessidades sócio-econômicas do País. (Brasil, 1982)

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) em sua XV Reunião, realizada em Fortaleza-CE, em 1978, cujo tema oficial do evento, a Clínica Integrada, sendo produzido o seguinte relatório, contendo quatro recomendações :

1. A Clínica Integrada é um sistema educacional, cujo o processo ensino-aprendizagem, desenvolvido sob a forma de disciplina, objetiva treinar o aluno para integrar conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso. Proporcionando, desta forma, ao paciente o atendimento global das necessidades evidenciadas. Conceitualmente deve estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento, com vistas a preservar a integridade da saúde bucal.
2. A Clínica Integrada é considerada imprescindível para a complementação da preparação do profissional de Odontologia. Desta forma, deverá ser parte integrante do currículo odontológico, como uma disciplina.
3. O corpo docente deve ser fixo, atuando por determinado período de funcionamento, visando à saúde do paciente como um todo.
4. A homogeneidade do corpo docente da Clínica Integrada será obtida pela existência do professor universitário, consciente das necessidades de integração das diversas áreas do currículo odontológico, dentro do contexto global ensino-aprendizagem. Tal promessa efetivar-se-á mediante uma mudança de ATITUDE, em relação à situação atual.

Atualmente, ainda não existe definição e consenso sobre os objetivos, conteúdos programáticos e carga horária a ser dedicada a esta disciplina, havendo variações enormes entre as diversas instituições de ensino odontológico.

Até 1996, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/96), Brasil (1996), com a fixação do currículo mínimo dos Cursos Superiores no Brasil, os Cursos de Odontologia deveriam apresentar 3600 horas, desenvolvidas em oito semestres. No momento, o ensino da graduação no Brasil, tem passado por reformulações de seus cursos, motivados por essa lei. As propostas de Diretrizes Curriculares em Odontologia, têm sido discutidas e direcionadas na formação de Cirurgiões Dentistas, com perfil mais dinâmico e melhor preparado para enfrentar desafios futuros. (Brasil, 2003a)

Através da resolução nº CNE/CES 3, de 19 de Fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia, conforme o artigo 7º dispõe que: “A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão do docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente, ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado, deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.” (Brasil, 2003b)

A Disciplina de Clínica Integrada, nesse contexto de propostas pedagógicas, assume, portanto, um papel importante na determinação da competência clínica dos futuros profissionais.

São poucos os estudos e indicadores aplicados à forma de ensino da Disciplina, como, nos aspectos de estrutura do programa, nos resultados, na qualidade dos serviços prestados e na pesquisa que abrange a área. Por conseguinte, observar modelos de experiências desenvolvidas pelas instituições de ensino odontológico no Brasil sobre este método – Clínica Integrada – como componente curricular procurando traçar aspectos positivos e negativos das resultantes, no sentido de colaborar para avanços desta área de conhecimento odontológico é de fundamental importância.

Na Universidade Tuiuti do Paraná, desde 1995, a disciplina de Clínica Integrada com duração de 528 horas, tem por finalidade, orientar e avaliar as reais habilidades do educando/aluno, como fator ulterior às adquiridas ao longo das atividades disciplinares, no decorrer do projeto curricular do curso. Nesta etapa, o aluno terá oportunidade de inter-relacionar todo o conteúdo teórico e prático previamente elaborados pelas disciplinas específicas (áreas de conhecimento), Simultaneamente, propicia, a realização de um correto diagnóstico, plano de tratamento e realização dos trabalhos clínicos, fornecendo, sempre, uma visão generalista ao aluno, e decisivamente, evitar uma especialização prematura.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Fundamentação teórica em Clínica Integrada**

Fisher (1960) concluiu em seu trabalho, que as atividades clínicas têm uma grande influência na formação do estudante. Independente do que foi previamente ensinado, é durante a atividade clínica que o estudante começa a formar julgamentos mais maduros e avaliar o conteúdo prático de conhecimentos e ideais preestabelecidos e aceitos como valor aparente. Tais julgamentos refletem-se nas atitudes do corpo docente, ao estabelecer normas, ambientes e o nível intelectual da prática clínica.

O surgimento do primeiro sistema de Clínicas Integradas, na Faculdade de Odontologia da Universidade de Antioquia, em Medellín – Colômbia, no ano de 1954, resultou da necessidade por parte dos alunos, em sintetizar os conhecimentos adquiridos de forma isolada, no decorrer do curso. Simultaneamente, destaca algumas situações que deveriam ser enfrentadas pela Clínica Integrada, tais como: a existência de correlação entre as disciplinas básicas e as clínicas; a correlação das disciplinas clínicas entre si; fornecer ao aluno o conceito integral da profissão, resultante da síntese dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso; e

tornar o aluno familiarizado com o plano de tratamento completo, em relação ao paciente (Botero, 1963).

A qualidade e conveniência do tratamento odontológico são fatores essenciais para recrutar, manter e finalizar os tratamentos dos pacientes, independentemente da sua situação econômica (Meskin, 1969).

Dworkin *et al.* (1970) observou que as razões para a não finalização de tratamentos são: entrevistas demoradas; planos de tratamento complexos; orientação incorreta quanto sua execução; e relacionamento inadequado com os recursos humanos da escola.

Gomes & Borges (1978) propuseram diretrizes para a organização do sistema de Clínica Integrada, assim relacionadas:

- 1- A estruturação de um sistema que permita ao aluno de Odontologia, realizar um diagnóstico das condições da saúde bucal de seu paciente, correlacionando as possíveis lesões locais com o estado de saúde geral e orientar o paciente para a busca de soluções globais de seu estado de saúde;
- 2- A existência de condições do planejamento de trabalho completo, tendo em vista, a recuperação funcional do aparelho estomatognático, com bases em dados oriundos do diagnóstico;
- 3- Poder contar nas enfermidades mais graves, com assistência de especialistas, em problemas tais como; lesões periodontais e endodônticas complexas, cirurgia maior e correlações ortodônticas, a fim de que haja bom êxito no tratamento;

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

Dessa maneira, a produtividade e a qualidade do tratamento prestado pelo sistema de Clínica Integrada, dependerão do nível de conhecimento adquirido pelos alunos durante, o curso de Odontologia.

Stancey *et al.* (1978), realizaram um estudo, avaliando os fatores que afetavam a conclusão do plano de tratamento dentário pelos alunos da Escola de Odontologia da Universidade da Carolina do Norte, observaram que as interrupções nos planos de tratamento, ocorriam quando a seleção dos pacientes não era ideal. Seja, pela complexidade dos tratamentos dentro de um limite de tempo disponível pelos alunos, seja, pelo interesse e motivação do paciente, em realizar seu tratamento de forma integral. Averiguaram também, a falta de comportamento profissional por parte dos estudantes e, inclusive a falta de atenção do corpo docente, em relação às razões do abandono do tratamento.

Braham (1978) definiu o ensino clínico como o momento do “fazer e formar simultâneo”. Ressaltando, a importância do profissional do ensino clínico, bem como, a necessidade de sua capacitação, não apenas técnico-científica nos aspectos odonto-biológicos, mas também, para a coordenação de quatro fatores que intervêm na formação do odontólogo. Esses fatores seriam: o fator científico, com o domínio e aplicação do método científico como base, para intervenções na coletividade; o fator racionalização/técnica, com a escolha da padronização de procedimentos definindo uma escola



acadêmica; o fator social, com o reconhecimento das diferenças sócio-culturais e suas implicações na formação correspondente dos profissionais adequados; e o fator administrativo, com as considerações sobre produtividade, trabalho em equipe e gerenciamento de pessoal.

Moreira (1979/1982) entrevistou trezentos e quinze pacientes que se consultaram na Faculdade de Odontologia, da UFRGS, no ano de 1973, identificando as principais causas do não retorno em 1974. Apenas 10% dos pacientes triados, retornaram para consulta de manutenção no ano seguinte e do total dos pacientes triados, apenas 53% receberam orientação sobre a importância daquele procedimento.

Alonzo de Fernandez (1980) concluiu que a integração de clínicas é algo que resulta em benefício, tanto para o paciente como para o estudante, melhorando sensivelmente sua aprendizagem. O aluno se habitua a observar o paciente de forma global, planejando e executando os procedimentos clínicos necessários, obtendo controle permanente da evolução do tratamento. Ocasionalmente, se necessário, poderá modificar o plano de tratamento. Por outro lado, o paciente também se beneficia, pois o aluno que efetua o exame clínico e o plano de tratamento, também o executa. Desta maneira, evita que o paciente aguarde distintos estudantes, a fim de serem atendidas as suas necessidades odontológicas.

A elaboração de um plano de tratamento integrado adequado é necessário e, para tanto, deve-se levar em consideração todas as situações clínicas que possam influenciar no seu desenvolvimento. O problema, no ensino do planejamento, pode ser o produto da evolução da Odontologia

clínica, como uma reunião de especialidades. A especialização é encontrada entre as diversas disciplinas clínicas. Entretanto, poucos pretendem ser peritos, no ato de integrar várias abordagens, no atendimento ao paciente (Kress, 1980).

Segundo Barsh (1981) o plano de tratamento ideal é aquele que induz ao melhor prognóstico dentário.

Siegler (1982) diz que o julgamento de um plano de tratamento, compreende quatro etapas: diagnóstico, determinação de prognóstico, consideração dos riscos e benefícios, das diversas alternativas terapêuticas e recomendações de uma estratégia clínica.

Buchanan & Willians (1984) sugeriram que o diagnóstico e plano de tratamento odontológico, devem ser considerados funções separadas e distintas entre si.

Segundo Hocott (1984) o paciente é o fator chave do sucesso do tratamento, evitando frustrações e desinteresse, tanto suas quanto do profissional. Para tanto, há a necessidade de se elaborar um correto diagnóstico, identificando sinais e sintomas, valorizando seu mecanismo, a fim de se estabelecer um prognóstico. Diagnósticos incorretos, acarretam modificações futuras em todo o plano de tratamento do paciente. Ressaltou que os planos de tratamento integrais de um paciente e o estabelecimento de um prognóstico favorável, relacionam-se diretamente com a qualidade do plano de tratamento. A habilidade do profissional em traçar um plano de tratamento adequado, que se procura na busca terapêutica, é a solução mais eficiente, eficaz, simples e menos onerosa.

Albuquerque (1985) desenvolveu um estudo sobre a Clínica Integrada, adotando uma abordagem sistêmica, sugerindo uma avaliação a partir dessa concepção. Neste sentido, a efetividade da Clínica Integrada verifica-se, exclusivamente, através da sua capacidade de alcançar seus objetivos planejados. No caso, “a atenção integral das necessidades técnicas odontológicas evidenciadas em um paciente”, deixa de utilizar informações de subsistemas, como; grau de retorno, grau de comparecimento, identificação de tratamentos interrompidos e identificação das fases em que ocorrem as interrupções. Isto posto, conclui, o autor, que a inexistência de relatos da utilização de medidas de retroalimentação, distinguindo este tipo de informações, leva a crer que os dados que possam estar sendo utilizados, tenham pouca efetividade, na orientação de melhorias deste sistema, em seus múltiplos aspectos.

Kennon *et al.* (1985) realizaram estudos sobre instrução de planos de tratamento, nas escolas de Odontologia norte-americanas, e também, concluíram que, o planejamento completo e abrangente é componente básico e indispensável da Odontologia clínica bem sucedida.

Diversos modelos de planos de tratamentos integrados, têm sido descritos. Os objetivos diferem, partindo-se de um atendimento odontológico ideal, como se não existissem fatores modificadores, para um cuidado bucal dos pacientes, com fatores comprometedores significativos. A seqüência de tratamento preconizada é comum a todos, iniciando-se pela fase de preparo bucal e concluindo-se pela fase reabilitadora. Cada modelo, fornece um contexto, para a integração do conteúdo didático aprendido, a ser aplicado

ao paciente a ser tratado. Cada qual poderá ser usado para treinar estudantes, num processo de tomada de decisão, que, irrefutavelmente é válido na prática clínica (Gordon & Kress Jr., 1987).

Ford *et al.* (1988) abordaram o ensino de planejamento de tratamento integrado, dentro de um modelo centrado no paciente. Este modelo foi instituído em 1982, no Minnesota Group Clínicas, em resposta aos problemas de evasão de pacientes. Alterações freqüentes dos planos de tratamento, falta de informação ao paciente a respeito de seu tratamento e taxas, acabavam levando o paciente ao abandono. Concluíram que a criação e melhoria de planos de tratamentos confiáveis, pareciam ser essenciais, para fornecer um tratamento dentro do novo modelo, centralizado no paciente.

Sampaio (1988) apresentou um relatório, num Curso de Clínica Integrada, para docentes, ministrado na Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. O questionário, respondido por 34 instituições de ensino, originou um documento de conclusão, onde consta que: “ A Clínica Integrada deve concorrer para a formação de um cirurgião dentista – clínico geral, capaz de compreender e praticar uma Odontologia integral e integrada, a partir dos conhecimentos adquiridos, de modo a diagnosticar, planejar, executar e avaliar o serviço odontológico, considerando os aspectos bio – psico – sociais do indivíduo e da comunidade.”

Tortamano (1988), na disciplina de Clínica Integrada, da FOUSP, tem como meta fundamental: fornecer ao aluno informações complementares às obtidas, durante o curso de Odontologia, de tal forma que, seja capaz de diagnosticar, planejar e executar, adequadamente, os procedimentos de

reabilitação bucal. Considera, ainda, a realização de um plano de tratamento ou planejamento odontológico, o passo mais importante e que precede a realização de qualquer atividade clínica. E ainda, que o plano de tratamento deve constituir – se de fases, racional e seqüencialmente ordenadas, didaticamente aprendidas, a fim de que sua realização transcorra de maneira eficiente, abrangente, segura e econômica para o paciente.

Hagan & Baughan (1990) concluiu que, os fatores que induzem ao êxito do plano de tratamento integrado são o corpo docente, a filosofia de tratamento e o currículo da instituição. Quanto ao corpo docente, a qualidade, a responsabilidade e a liderança dos professores que o compõem, possibilitam um julgamento criterioso dos planos de tratamento elaborados, permitindo ao aluno assimilar, mais adequadamente, a experiência clínica dos docentes. Porém, enfatiza o corpo docente, como sendo o elemento mais crítico, dos que abrangem um programa de educação odontológica eficiente e estimula as escolas a desenvolverem programas, de melhoria do corpo docente, para assegurar a competência contínua dos professores. Em relação à filosofia do tratamento, procura-se o estabelecimento de correlações entre vários assuntos ou tópicos, que são objeto da atenção do estudante. Essas correlações criam a noção de unidade organizada, entre todos os conhecimentos científicos, transmitidos em sucessão lógica e crescente dificuldade. O sucesso do programa, também, dependerá de uma estrutura curricular bem planejada e executada.

Marcos (1991), fez considerações, sobre a Clínica Integrada como objeto de integração, sugerindo como eixo, da estruturação da Disciplina, o

“sistema de atenção à saúde”, onde estejam articuladas as diferentes áreas do saber e do fazer odontológico. Para o autor, “a atenção global configurada em clínica integrada deve ser um eixo, a espinha dorsal no processo de formação do aluno, e nunca, uma atividade marginalizada, complementar ou terminal. Ela não deve ser concebida como conjunto de partes, mas, como o ponto de partida, a visão do todo para as partes, a dimensão do odontológico-social para o odontológico particular e o específico. Tal proposição, evidencia a inversão do sentido e do significado, agora, não mais como um modelo clássico de clínica integrada, mas, como um sistema de atenção”.

Arruda (1997) analisou as variáveis intercorrentes que surgem nos planos de tratamento dos pacientes e sua influência na produtividade clínica dos alunos de graduação, da Disciplina de Clínica Integrada, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Para a realização do estudo, dos planos de tratamento elaborados pelos alunos, para os 4 semestres, foram selecionados, aleatoriamente, 300 planos de tratamento de pacientes, previamente triados e divididos em dois grupos, segundo suas necessidades de tratamento: 200 planos, do grupo I – constituindo-se basicamente do preparo da boca e início da fase de reabilitação; e 100 planos, do grupo II – referindo-se da fase de reabilitação.

Os resultados obtidos, demonstraram que o maior número de intercorrências no grupo I, referem-se aos tratamentos endodônticos e especificamente, na realização do preparo biomecânico dos canais radiculares. No grupo II, o maior número de variáveis intercorrentes referem-

se aos erros ocorridos durante as moldagens. Tais intercorrências causaram uma diminuição na produtividade clínica dos alunos, em diversos procedimentos previstos, tanto no grupo I quanto no grupo II. Concluiu-se que os planos de tratamento foram comprometidos em média 2,73 vezes em relação ao plano original. Obteve-se 22% de planos totalmente concluídos, no grupo I e 33% de planos concluídos, no grupo II.

Angeletti (1998) verificou os critérios de seleção dos pacientes, no Serviço de Triagem, para seu encaminhamento às diversas especialidades e serviços da Clínica Odontológica, da FOUSP. Constatou-se que geralmente, não há critérios objetivos de seleção do paciente. Ressaltando, que a análise das 11559 fichas clínicas, arquivadas, no período de agosto a dezembro de 1996, contendo procedimentos realizados nos pacientes, verificou-se que 93,2% delas encontravam – se incompletas.

## **2.2. Perfil dos pacientes e prevalência**

Abramowicz *et al.* (1976) estabeleceram o perfil dos pacientes que freqüentaram as clínicas, da Faculdade de Odontologia da USP - São Paulo, através de questionários, aplicados a 441 indivíduos que solicitaram seus Serviços de Triagem e Emergência. O estudo revelou que 69,16% dos entrevistados eram do gênero feminino e 30,84%, do masculino. Referente a idade, os autores, dividiram em faixas etárias: 6 a 10 anos, 11 a 20 anos, 21 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos; e mais de 51 anos. E constataram que a maioria situava-se nas faixas de 11 a 20 anos e 21 a 30 anos. A maior

parte dos pacientes, (41,4%), foi encaminhada à Clínica de Cirurgia e, 7,71%, foram encaminhados à Clínica Integrada.

Albuquerque (1978) avaliou a efetividade do sistema de Clínica Integrada, desenvolvido no Curso de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no período de 1971 a 1975. Analisando 4398 prontuários, verificou que a faixa etária, mais significativa, situou-se entre 13-20 e 21-28 anos e que a demanda de pacientes do gênero feminino foi significativamente maior que do masculino. Em relação às necessidades de tratamento dos pacientes que freqüentaram a Clínica Integrada, constatou que: 25,26% requeriam exodontias; 84,7% necessitavam de algum tipo de restauração, sendo que o grupo situado entre 2 a 5 restaurações, constituiu a fração mais representativa (7,13%); e 17,82% apresentavam necessidades de tratamento endodôntico. Quanto a reposição protética; 8% requeriam prótese total simples, enquanto que 14%, dupla; 19,42% necessitavam de uma prótese parcial fixa e 19,67%, mais do que uma; e 2,49% necessitavam de prótese parcial removível, sendo que destes, 21,62% requeriam apenas uma. Distinguiu, que tal sistema de Clínica integrada, naquela instituição, não era operacionalizado de modo efetivo, conforme o objetivo estabelecido, ou seja, proporcionar atenção integral às necessidades odontológicas dos pacientes.

Razak & Jaafar (1987) avaliaram as necessidades odontológicas, a demanda e o modelo de utilização dos serviços, de 750 indivíduos atendidos, na Faculdade de Odontologia da Universidade da Malásia, em Kuala Lumpur, no ano de 1985, mostrando a distribuição dos pacientes por



idade e gênero. Encontraram maior demanda de pacientes do gênero feminino (51,5%) em relação ao masculino (48,5%). Ocorreu maior porcentagem de indivíduos requerendo exodontias (50,7%), seguidas de restaurações (25,1%), ortodontia (7,7%), periodontia (6,9%) e prótese (6,5%). Os autores também analisaram as principais queixas dos pacientes, observando que as mulheres apresentavam comportamento mais preventivo e voltado para reabilitação oral do que os homens. Constataram que aproximadamente 20,5% dos pacientes, procuraram por atendimento tendo como queixa principal a revisão e/ou manutenção. Concluíram que 50% da utilização dos serviços constituíram, primeiramente, de exodontias no departamento de cirurgia.

Marotti & Alcântara (1989) analisaram sob a ótica da influência da raça, sexo, idade e faixa salarial a experiência de cárie, em indivíduos que procuraram o serviço de atendimento odontológico, na Faculdade de Odontologia de Porto Alegre - UFRGS. Foram analisados os prontuários de 446 indivíduos, de 4 a 81 anos de idade, escolhidos aleatoriamente, sendo 365 brancos, 45 negros e 36 mestiços, sendo destes, 276 indivíduos do gênero feminino e 170, do masculino. Foram divididos pelos critérios de faixas salariais adotados pelo Serviço de Triagem daquela entidade. Entre os dados descritos, concluiu-se que apesar da maior procura pelo serviço, ter sido, por mulheres, as mesmas tiveram uma experiência de cárie maior que no gênero masculino. Havendo uma média de 14 dentes cariados, para as mulheres em relação a 11 dentes, para os homens. Os resultados comprovaram que a experiência, mais significativa, de cárie, ocorre em

indivíduos mestiços, seguidos de brancos e negros. No tocante à idade foi constatado um expressivo aumento da incidência de cárie, na adolescência. Os resultados pertinentes à situação sócio-econômica e experiência de cárie não foram elucidativos. Uma vez que, o diferencial de salários, entre os indivíduos, não era suficiente para caracterizar distintos extratos sócio-econômicos.

Broughton & Smales (1991) examinaram 301 pacientes de classe social baixa, na Unidade de Cuidados Primários, do Hospital Dental de Adelaide do Serviço Dental Sul - Australiano (SADS). Destes pacientes, 170 (56,48%) eram mulheres e 131 (43,52%) homens. Em relação à idade, 16,5% tinham menos de 25 anos, 26,5% encontravam-se entre 25 - 44 e cerca de 57% estava acima dos 45 anos. Seqüencialmente, selecionaram os pacientes de acordo com sua queixa principal, em: check-up (retorno) e serviços de prevenção ou tratamento de algum problema. Considerando o motivo apresentado, foram avaliadas suas reais necessidades de tratamento, obtendo-se: 15% prótese total dupla; 24% prótese total superior e 14,6%, inferior; 13,3% prótese parcial removível superior e 7,6%, inferior; 4,3% prótese parcial fixa superior e 2%, inferior; 21% cirurgia periodontal; 69% raspagem e polimento dental; e 56,1% restauração. Singularmente, evidenciaram o alto número de pacientes que requeriam a substituição de próteses, concluindo que: a avaliação depende da interação Cirurgião-dentista – paciente. Pois, posteriormente, a grande maioria dos pacientes, desse estudo, apresentava reclamação quanto a, pelo menos, uma de suas próteses.

Silva Netto *et al.* (1993) avaliaram 319 pacientes que procuravam o ambulatório, da Clínica de Periodontia da FORP - USP, iniciando-se a análise 1914 sextantes, através do índice comunitário de necessidade, de tratamento periodontal (ICNTP). Destes sextantes, 237 eram desdentados e 1677, apresentavam os demais dentes. Os dados determinaram que dos sextantes examinados, 64,74% apresentavam índices 2 e 3, nos pacientes do gênero masculino e 61,31%, no feminino. Referente aos pacientes que apresentavam sextantes ausentes, 37,78% eram do gênero masculino e 20,24% do feminino. Ambos, na faixa etária de 51 a 60 anos. Nenhum paciente do gênero masculino e apenas dois pacientes do feminino apresentaram todos os sextantes com saúde, isto é, índice zero. A totalidade do resultado, pressupôs que com relação à necessidade de tratamento complexo, ou seja, de abordagem cirúrgica, dos 1677 sextantes examinados, somente 140 sextantes (8,34%) haviam sido comprometidos com o índice 4.

Lopes & Nascimento (1996) estudaram a incidência de pacientes portadores de distúrbios sistêmicos, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes, febre reumática e epilepsia nos consultórios odontológicos, demonstrando a necessidade de um atendimento diferenciado. Os autores analisaram 714 prontuários das Clínicas da FO/UFG, de pacientes com tratamentos concluídos em 1989/90. Detectaram 112 casos de distúrbios sistêmicos (15,69%), dos quais 29 pacientes (25,89%) relataram ser portadores de alterações cardiovasculares.

Chávez (1998) analisou os prontuários de 502 pacientes, com idade superior a 15 anos, examinados entre os anos de 1993 a 1996, na Disciplina de Clínica Integrada, da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. O autor dispôs as necessidades de tratamento odontológico destes indivíduos, através dos planejamentos executados pelos alunos, relacionando os dados obtidos com o ano de ingresso no sistema, idade e gênero. A população que demandou os serviços de saúde bucal, prestados pela Clínica Integrada, foi mais freqüente no grupo etário dos 35 a 44 anos de idade e predominantemente, feminino (74,5%). Restaurações estéticas foram requeridas por 70,2% dos pacientes, enquanto que 67,4% necessitavam de restaurações de amálgama, o que resultava numa média de 3,5 dentes por indivíduo, requerendo, restaurações de amálgama. Próteses fixas unitárias (coroas ou restaurações metálicas fundidas) eram requeridas por 49% dos pacientes, resultando em 1,15 dente em média por indivíduo. Dos pacientes, 37,7%, necessitavam tratamento endodôntico, com uma média de 0,7 dentes por indivíduo. Foi constatado que um número alto de pacientes, 29,3%, necessitava de exodontias.

Gil *et al.* (1999) em seus estudos da situação sócio – econômica de pacientes que freqüentavam as clínicas da Faculdade de Odontologia da USP, realizaram a distribuição dos grupos etários, da seguinte forma: 6 a 10 anos, 11 a 20 anos, 21 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e mais de 51 anos. A maior parte do grupo etário, estava situado acima de 40 anos, em aproximadamente 78,4% da amostragem. Houve uma predominância de donas de casa (23,1%), aposentados (10,5%), estudantes (6,0%) e

indivíduos que possuíam profissões as quais exigiam pelo menos, grau de escolaridade média ( professor, funcionário público, profissões técnicas, secretária, bancário ) que somaram apenas 12,8%.

Menezes (1999) analisou 125 pacientes, com idade variando entre 15 e 65 anos, sendo 52 do gênero masculino e 72 do feminino, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Na faixa etária de 15 a 19 anos encontrou um CPO-D com valor de 7,04. Já na faixa etária de 40 a 49 anos, o CPO-D obtido foi de 20,76.

Saliba *et al.* (1999) examinaram 97 indivíduos, de ambos os sexos, na faixa etária de 42 a 102 anos pertencentes às três instituições de atendimento aos idosos, existentes no município de Araçatuba – SP, avaliando-se os índices CPO-D, ICNTP e uso e / ou necessidade de prótese, segundo critérios da OMS. Dos 97 idosos examinados, 52,57% eram do gênero masculino; 47,42% pertenciam à faixa etária de 60 a 80 anos; 68,04% eram leucoderma; 48,45% eram solteiros; sendo que 96,9% somente cursaram o ensino fundamental e 57,73% não apresentavam doença de ordem geral. De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que o grau de dependência físico, psicológico e econômico são obstáculos interpostos em relação aos cuidados a serem tomados com a saúde bucal, conforme fato encontrado nos indivíduos institucionalizados.

Belan (2000) procedeu a um levantamento das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamentos de pacientes não submetidos a tratamento prévio, na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Através de um método preconizado pela

Organização Mundial de Saúde (OMS), avaliaram-se 200 pacientes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 76 anos. A maior prevalência foi de indivíduos do sexo feminino (63,5%), leucodermas (75%), na faixa etária de 35 a 44 anos de idade (21,5%), apresentando o índice CPO-D médio de 20,65, sendo que a análise do ICNTP demonstrou que 87,98% dos indivíduos dentados necessitavam de algum tipo de tratamento periodontal.

Lemos *et al.* (2000) observaram em seu trabalho de pesquisa a prevalência das condições sistêmicas e bucais dos pacientes atendidos na disciplina de Estomatologia, da Faculdade de Odontologia - UERJ, dando ênfase aos parâmetros clínicos, visando sobretudo auxiliar o estudante no processo do diagnóstico. Analisaram 257 prontuários de pacientes com média de idade de 52 anos, sendo 31%, homens e 67% mulheres. A condição sistêmica de maior prevalência foi alergia (27,5%), seguida da hipertensão arterial (25,2%), diabetes melito (5,3%) e hipertensão arterial associada à artrose (4,6%). Concluíram, que há necessidade de maior conhecimento dentro das condições sistêmicas e bucais, a fim de se estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Reis (2000) analisou as necessidades de próteses em 200 pacientes não submetidos a tratamento prévio, na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – USP. A amostra foi composta por indivíduos acima dos 12 anos de idade, na sua maioria do gênero feminino (63,5%) e da cor branca (75%), e segundo seu grau de instrução em; 1º grau não concluído (42%), 1º grau concluído (29,5%), 2º grau concluído (23%) e 3º grau concluído (5,5%). O autor classificou as necessidades de prótese em 8

grupos específicos, conforme o tipo de prótese e sua localização. Os resultados revelaram que 77,5% dos indivíduos necessitavam de prótese: 48% necessitavam de próteses parciais superiores, 62,5% de próteses parciais inferiores, 13% de próteses totais superiores e 10% de próteses totais inferiores.

Chaise (2001) analisou as condições de saúde bucal e necessidades de tratamento de pacientes não submetidos a atendimento prévio que se dirigiram ao Setor de Triagem, da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FOUPF). Submeteram à análise os dados de 300 prontuários de pacientes de ambos os sexos, com idade entre 12 a 84 anos, examinados entre fevereiro e novembro de 1999. Coletaram-se informações a respeito da cidade de procedência, cor da pele, gênero, grupos etários, ocupação e queixa principal dos pacientes. Os dados de saúde bucal analisados, referem-se à condição dentária, exigências de tratamento do elemento dentário junto ao uso e necessidade da prótese dentária de acordo com o tipo e localização nos arcos dentários. Os parâmetros utilizados foram o índice CPO-D, necessidade de restaurações, coroas unitárias, cuidados pulpares, exodontias por cárie e exodontias por problema periodontal. Concluiu-se que os pacientes não submetidos a tratamento prévio na FOUPF, eram em maior prevalência, de cor branca, do gênero feminino e pertenciam as faixas etárias de 30 a 39 anos de idade. O índice CPO-D médio da população foi de 20,10 com predominância em mulheres. Referentes às necessidades de tratamento do elemento dentário, 85,6% dos indivíduos necessitavam de restaurações diretas, 32,3% de

coroas unitárias, 50% de cuidados pulpares, 16,6% de exodontias por motivo de cárie e 5,6% de exodontias por problemas periodontais. Destes pacientes, 34,0% usavam próteses, sendo que 16,4% usavam próteses parciais removíveis, 14,6% próteses totais e 6,0% próteses parciais fixas. Contudo dos 300 pacientes analisados 66,0% apresentaram necessidades de tratamento protético, sendo que 59,7% necessitavam de tratamento com próteses parciais e 16,3% com próteses totais.

Leandrini (2002) analisou as condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes não submetidos a atendimento prévio, triados para a Disciplina de Clínica Integrada, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. Analisaram-se os dados de 337 prontuários e fichas clínicas de ambos os gêneros, com idade variando entre 14 a 70 anos, que realizaram tratamento durante o ano de 2001. Coletaram-se informações a respeito da procedência, cor da pele, gênero, grupos etários, ocupação e queixa principal dos pacientes. Os dados de saúde bucal analisados, em analogia à condição dentária e necessidades de tratamento do elemento dentário, uso e necessidades de prótese dentária. Os parâmetros utilizados foram o índice CPO-D, necessidades de restaurações, necessidade de tratamento endodôntico, necessidade de coroas unitárias, restaurações parciais indiretas e necessidade de exodontias motivadas pela cárie e doença periodontal. Quanto ao uso e necessidades de prótese dentária, foi classificado de acordo com o tipo e localização nos arcos dentários adaptados de Reis (2000). A maior prevalência dos pacientes foi da cor branca, do gênero feminino e pertenceram à faixa etária de 40 a 49



anos de idade e donas de casa (32,64%). O índice médio do CPO-D da população foi de 26,01, com predominância em mulheres com índice médio do CPO-D de 25,96. Em analogia às necessidades do tratamento do elemento dentário, 39,31% dos indivíduos necessitavam de restaurações diretas. Coroas unitárias eram necessárias em 29,15% dos pacientes e 11,59% dos indivíduos necessitavam de pelo menos um tratamento endodôntico. Com referência as exodontias, 13% dos pacientes necessitavam deste tipo de tratamento por motivo de cárie e 6,88% por problemas periodontais. Referente às condições de saúde bucal-utilização de prótese, do total de pacientes que utilizavam alguma prótese, 33,82% faziam uso de prótese parcial removível, 34,92% faziam uso de prótese parcial fixa e 52,86% faziam uso de prótese total. Contudo, 95,25% dos indivíduos apresentavam necessidade de tratamento protético. Próteses parciais eram necessárias em 79,97% enquanto que 50,72% necessitavam de próteses totais.

Tomita *et al.* (2002) discorreram sobre as condições periodontais e sua relação ao diabetes mellitus na população nipo-brasileira, em 1315 indivíduos do município de Bauru-SP, na faixa etária de 30 a 90 anos de idade, de ambos os gêneros. Constataram que os indivíduos diabéticos obtiveram percentuais maiores de bolsas profundas e perdas de inserção maiores que 6mm que os indivíduos não diabéticos, concordando que a abordagem epidemiológica da condição periodontal e sua associação com doenças sistêmicas, como o diabetes mellitus, podem oferecer importante contribuição para prevenir suas complicações.

### 2.3 Produtividade

Ao analisarmos a binomial, competência / produtividade clínica alcançada, após a realização de objetivos e metas, as mesmas podem sofrer influência de diversos fatores é necessário a utilização de métodos para comprovação deste fato. Dentro desta ótica, diversos pesquisadores utilizaram mecanismos para mensuração de tempo durante a execução de procedimentos clínicos, concordando que este serviria para determinação e eliminação de fatores que prejudicassem o desempenho, evitando desperdícios.

Lisman (1970) relatou o tempo perdido na clínica, destacando que uma seqüência operatória calculada, assistência múltipla e controle através de anotações seriam exemplos de métodos que levariam a uma satisfatória produção quanto ao tempo no consultório, uma vez que a maioria dos alunos viola esse conceito de uso do tempo. A produtividade está relacionada com tempo, equipamentos, material, mão-de-obra e dinheiro, os quais são recursos aplicados na execução de um trabalho. Para aumentá-la seria importante realizarmos trabalhos de modo a gastar menos tempo e energia e, para isso, uma maneira assertiva seria a utilização da mensuração do tempo.

Para Wittrock (1971), o discente deve apresentar um desempenho competente a fim de prever e suprimir possíveis fatores causadores de falhas no plano de tratamento e, também, possuir capacidade para trabalhar

independentemente do auxílio do professor, completando os procedimentos clínicos propostos dentro de um limítrofe razoável de tempo.

Bellini & Johansen (1973) citaram que um dos problemas quanto o planejamento das etapas de tratamento, em especial no tratamento periodontal, estaria em estipular quantas horas seriam despendidas para o tratamento de um paciente e como decidir a premissa do tratamento. E destacam que um grande número de variáveis que influenciam no tempo consumido, tais como: os diferentes procedimentos clínicos, o operador, o paciente, a severidade da doença, número de dentes envolvidos e utilização de auxiliar, ressaltando a importância da mensuração do tempo para os diversos procedimentos clínicos, como uma forma de orientação do planejamento clínico.

Mackenzie (1974) esclareceu a necessidade de se definir e mensurar a eficiência do trabalho clínico, de forma a promover no aluno um “feedback” no que diz respeito ao uso de equipamentos, instrumentos e pessoal auxiliar para que se reverta em diminuição do tempo operatório, mantendo-se o mesmo padrão de qualidade.

Castro & Porto (1975) observaram a execução de restaurações de amálgama com e sem auxiliar e notaram uma redução de 32,6%, em média, quando realizadas com auxiliar. A realização de trabalhos preparatórios (movimentos indiretos) pelo (a) auxiliar foi a principal razão para redução do tempo de trabalho.

Dennison *et al.* (1980), em estudo comparando a aplicação de selante para prevenção de cáries com restaurações de amálgama em fóssulas e

fissuras de molares permanentes, analisaram a documentação da manutenção necessária para um ótimo sucesso para ambos os tipos de tratamento depois de 18 meses. O tempo exato despendido em cada procedimento foi anotado, como também, foram apontados os vários aspectos no fracasso do tratamento. O tempo médio acumulado na realização e manutenção de restaurações de amálgama, foi de 13 minutos e 58 segundos, enquanto que para o selante foi de 8 minutos e 45 segundos.

Borges & Campos (1982) relataram a preocupação de diversos autores, quer direta ou indiretamente, com o tempo despendido na realização de unidades de serviços odontológicos. Em seus trabalhos sugerem um estudo do tempo que os cirurgiões-dentistas presumem despendido para execução de diversos tipos de trabalhos odontológicos, para criação de uma tabela de honorários.

Collins (1983), efetuou uma análise retrospectiva de produção clínica entre Cirurgiões-dentistas treinados em residência, em clínica geral e Cirurgiões-dentistas não treinados. Constatou que os resultados evidenciaram diferenças insignificantes e ainda, reafirmou que a inclusão de auxiliares odontológicos (as) disponíveis para cada profissional seria uma variável adicional para aumento da produtividade. Destacou ainda, que a medição da produção permite estimar a eficiência, mas não, a qualidade ou conveniência de cuidados.

Leverett *et al.* (1983) citaram a mensuração do tempo como uma forma de relacionar o custo/benefício dos materiais em procedimentos clínicos. De modo que encontraram uma média de tempo despendido de

5min para selantes, 11min95s para uma face de amálgama, 15min39s para duas faces de amálgama e 16min33s para três faces de amálgama, em que foram cronometrados os tempos diretos.

Minelli *et al.* (1983) relataram a importância no setor do ensino de um levantamento do tempo despendido, para realização de trabalhos clínicos diversificados. Esses estudos seriam úteis para elaboração de futuros planejamentos, modificações de técnicas, ajustes na aprendizagem e maior aproveitamento do tempo.

Silva & Minelli (1983) utilizaram o tempo e a produtividade como um método para avaliação de trabalhos clínicos realizados pelos alunos, sendo de grande utilidade para sua classificação e orientação evidenciando a preocupação do professor no acompanhamento do nível no desenvolvimento da turma e uma forma de classificar o aluno, buscando desta forma incentivá-lo a aprimorar o exercício da Odontologia. Na formação profissional de futuros Cirurgiões-dentistas foi destacada a importância do conceito tempo e produtividade, na medida em que não se pode ignorar esta relação, uma vez que o sucesso profissional dependerá desses fatores.

Hendriks & Vrijhoef (1985), em seus estudos, realizaram restaurações de Classe I e II em amálgama e resina em um grupo de 49 pacientes adultos, com três operadores. O tempo para diferentes etapas foi mensurado e o tempo total foi analisado para as influências de fatores como o operador, tipo de dente e o número de faces. Os resultados apontaram que os vários fatores têm influência no tempo de tratamento total e que o tempo de

tratamento total necessário para realização de restaurações em amálgama e resina composta foi igual.

Garcia & Bernal (1988), realizaram um estudo para avaliar o tempo despendido para a realização de diversas tarefas clínicas efetuadas por alunos. Ao tempo, concluíram que os alunos requerem aproximadamente, o dobro de tempo para executar suas primeiras intervenções comparada às últimas intervenções e, de modo que a aprendizagem dos alunos poderá ser facilitada e o tempo, para realização dos trabalhos, reduzido, quanto maior for o número de repetições.

Dilley *et al.* (1990) avaliaram o tempo envolvendo restaurações em amálgama e resina composta, através de metodologia específica (filmagem). Demonstrando que as restaurações de Classe I em resina, em molares permanentes requerem 35% mais tempo para execução do que as restaurações em amálgama. No entanto, quando vários dentes foram tratados em um mesmo quadrante, a diferença de tempo entre as restaurações foi menor. O autor cita que as etapas de ataque ácido, lavagem, secagem e fotopolimerização para restaurações em resina composta fotopolimerizável representam em média 86% da diferença do tempo entre os dois materiais.

Morisaki & Shoji (1990) descreveram em seus trabalhos que o estudo do tempo e movimento seriam métodos eficientes na educação e acompanhando a evolução das técnicas clínicas odontológicas. Os autores concluíram que, o tempo de tratamento de canais vitais como o de infectados seria aproximadamente idêntico e o menor tempo de execução do

trabalho seria em múltiplos incisivos, seguidos de; pré-molares inferiores, um único incisivo, pré-molares superiores, molares inferiores e molares superiores. Constataram, ainda, que um dos fatores relevantes que afetam o tempo total de tratamento seria a disposição dos canais e a inserção das limas, cuja instrumentação manual não despende tanto tempo como o dos instrumentos rotatórios ou de vibração. De modo que revelaram a importância do assunto ao descobrir a quantidade de trabalhos por técnica e ainda, a tolerância no âmbito clínico entre dentistas e pacientes.

Masuda *et al.* (1991) destacaram que uma Odontologia eficiente deveria considerar o trabalho do cirurgião-dentista e da equipe auxiliar como um todo, e não somente, o desenvolvimento que concerne o tratamento em si.

Perez (1993) salientou a importância da avaliação do tempo despendido na execução de diversas atividades clínicas, como uma forma de contribuir para a avaliação do nível de aprendizado e aperfeiçoamento do processo educacional, em Odontologia. Determinou que a média de tempo consumido nas exodontias de elementos posteriores demandam uma média superior as exodontias de elementos anteriores, apesar de apresentarem o mesmo grau de complexidade. De modo que nas três etapas do tratamento endodôntico, a média de tempo dissipado em elementos unirradiculares foi menor em relação aos elementos birradiculares e, ambas menores quanto os elementos trirradiculares; as restaurações de amálgama de prata de Classe tipo II despendem maior tempo que as de

Classe tipos I e V e; as restaurações em resina composta fotopolimerizável Classe tipo IV demandam maior tempo que as de Classe III e V.

Yepes & Mejía (1998) divulgaram uma avaliação de 27 anos de atividades na Clínica Integrada, da Faculdade de Odontologia da Universidade de Antioquia. Mediante a observação do baixo índice de qualidade causada por problemas de atitude, técnicos administrativos e uma defasagem na metodologia empregada pelos docentes. Os autores ressaltaram como premissa a mudança do currículo daquela instituição.

Vazquez (2002) realizou uma comparação entre as médias de tempo dissipado na execução de diversos procedimentos clínicos, em pacientes de diferentes faixas etárias com necessidades clínicas envolvendo três ou mais métodos clínicos, pelos alunos do curso de graduação, dos períodos matutino e vespertino, quando trabalharam em duplas ou individualmente, na Disciplina de Clínica Odontológica Integrada, da Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro. Com base nos resultados, concluiu-se que: o grupo IdM (individual matutino), apresentou uma média maior de tempo despendido, estatisticamente significativa, em relação ao grupo IdV (individual vespertino) para os procedimentos do exame clínico; como a abertura endodôntica de elementos unirradiculares, preparo químico-cirúrgico de elementos unirradiculares; preparo químico-cirúrgico e obturação endodôntica de elementos trirradiculares. Também, observou-se que o grupo IdM apresentou superior média de tempo, estatisticamente significativa, em relação ao grupo DpM (duplas matutino) para os



procedimentos de exame clínico e restaurações em resina composta fotopolimerizável de cavidades tipo Classe I e o grupo IdV, apresentou uma média maior de tempo despendido, estatisticamente relevante, em relação ao grupo DpV (duplas vespertino) para procedimentos clínicos de restaurações em resina composta fotopolimerizável de cavidades tipo Classe III.

O curso de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) obteve autorização para funcionamento em 06 de janeiro de 1992, conquistando seu reconhecimento em 23 de novembro de 1994, conforme disposto na portaria de nº 1639, Diário Oficial nº 224, em 28 de novembro de 1994. O conteúdo programático da Clínica Integrada engloba áreas específicas de conhecimento (Periodontia, Cirurgia, Diagnóstico, Pediatria, Radiologia, Odontologia Legal, Orientação Profissional, Endodontia, Dentística e Prótese), onde os conteúdos teóricos e técnicas práticas elaboradas pelas disciplinas específicas, durante seu transcurso, são vivenciadas em todos os aspectos, numa dimensão integral no que diz respeito ao plano de tratamento e execução de procedimentos. Para que seja mantida a filosofia empregada pelas disciplinas específicas, o corpo docente é formado por 18 professores, sendo 2 da dentística, 2 da periodontia, 4 da endodontia, 3 da prótese, 3 da cirurgia, 1 da pediatria, 1 da farmacologia, 1 da odontologia legal e 1 da radiologia. Cada um dos professores é diretamente responsável por um grupo de alunos e sempre que necessário, podem orientar os demais alunos, que normalmente são em média 70 alunos. O trabalho é realizado em duplas. O estágio de Clínica

Integrada - UTP é desenvolvido durante o último ano do curso de Odontologia, com carga horária de 656 horas, correspondendo a:

- a) 528 horas de trabalhos em clínica; obedecendo a relação de 4h diárias, sendo ministradas as terças, quartas e quintas feiras, das 18h30 às 22h30. Das 528 horas de clínica, o estagiário deverá cumprir, 500 horas no mínimo, em caráter obrigatório, (previsto em Lei – LDB). Estas devem, efetivamente, ser cumpridas na Clínica, executando os procedimentos e trabalhos devidamente planejados.
- b) 144 horas, de apresentação, revisão e discussão de assuntos teóricos.

O fluxo de pacientes, na dinâmica das clínicas do curso de Odontologia, são pacientes denominados de :

- a) Pacientes de demanda espontânea – DE.
- b) Pacientes de demanda orientada (SUS)-DO.
- c) Pacientes de pronto atendimento – PA.

Os pacientes de demanda espontânea, buscam a Clínica Odontológica para atendimento espontâneo, sem orientação do SUS. São pacientes da comunidade. Estes pacientes são encaminhados aos estagiários pela direção da clínica, após a triagem prévia. Os pacientes de demanda orientada buscam o atendimento através dos postos de Saúde da Prefeitura, pelo convênio com o SUS. Para todos os pacientes sem exceção, no momento da primeira consulta o estagiário deverá examinar o paciente, oportunidade em que se preenche a ficha clínica. Este preenchimento deve ser realizado de maneira mais completa possível, com

anamnese, exames clínicos e/ou complementares, conforme a necessidade, bem como o possível plano de tratamento. Cabendo ao supervisor vistoriar, orientar e definir, para que seja devidamente assinado. (Universidade Tuiuti do Paraná, 2000 ).

Através da mesma linha de raciocínio, nesta pesquisa observamos a qualidade do sistema de triagem empregado, se alunos e professores estão correspondendo à filosofia das disciplinas e instituição, aproveitando para traçar um perfil biológico e sócio - psicológico dos pacientes que procuraram atendimento na Universidade Tuiuti do Paraná, dados estes importantes para o direcionamento e execução de um tratamento mais eficaz para esta população. Em uma segunda fase, determinou-se o tempo utilizado para realização dos procedimentos clínicos, identificando dificuldades e falhas tanto dos alunos como dos professores e Instituição que possivelmente poderiam prejudicar a sua produtividade.

### **3 PROPOSIÇÃO**

Este trabalho teve o objetivo/proposta de traçar um perfil da população que procura o atendimento integral na Clínica de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná, no que diz respeito a (idade; sexo; raça; escolaridade; alterações sistêmicas) buscando adequar o atendimento as suas necessidades, quantificando o tempo despendido na execução dos procedimentos clínicos de (Exame Clínico, Periodontia, Exodontia, Endodontia, Dentística e Prótese), procurando identificar possíveis dificuldades na realização dos trabalhos por parte dos alunos, falhas dos docentes e da instituição, que por sua vez pudessem interferir na competência e desempenho clínico do aluno.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Material**

Este estudo foi desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná, durante os anos de 2000 e 2001, na disciplina de Clínica Integrada. Para sua realização, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação das coordenações do Curso de Odontologia e Posteriormente ao Comitê de ética em Pesquisa daquela instituição de ensino e aprovada em 23/04/2002, sob o número: Of. CEP-UTP nº 02/2002 (Anexo 1)

#### **4.1.1 Material humano**

4.1.1.1 Pacientes: Participaram do estudo pacientes voluntários de ambos os gêneros, com idade variando entre 01ano e 70 anos.

4.1.1.2 Alunos do curso de graduação da Disciplina de Clínica Integrada cursando o último ano.

4.1.1.3 Alunos monitores, responsáveis pela fiscalização e o correto preenchimento das planilhas, para registro de procedimentos e tempo transcorrido.

4.1.1.4 Docentes pertencentes ao quadro da disciplina de Clínica Integrada.

#### 4.1.2 Material permanente

4.1.2.1 Consultórios-constituídos por equipo, cadeira, mocho, refletor, mesa auxiliar.

4.1.2.2 Instrumental necessário para execução dos procedimentos clínicos, obedecendo às exigências das disciplinas.

#### 4.1.3 Material de consumo

4.1.3.1 A Faculdade fornecia aos alunos todo o tipo de material de consumo necessários à execução dos procedimentos clínicos.

4.1.3.2 Fichas clínicas da Disciplina de Clínica Integrada.

4.1.3.3 Formulários desenvolvidos para a coleta de dados.(Anexo 2),  
(Anexo 3)

## 4.2 Métodos

Os registros em prontuários e fichas clínicas preenchidas pelos alunos, de graduação da Disciplina de Clínica Integrada, conforme sua filosofia e orientação, totalizando o número de 342 fichas analisadas, as

quais foram conferidas por dois acadêmicos, previamente calibrados, e posteriormente revisadas pelo pesquisador.

Foram seguidos os respectivos códigos para anotação dos dados:

#### 4.2.1 Dados gerais do paciente

Colhidos nos prontuários e fichas clínicas de acordo com a Tabela 4.1.

Tabela 4.1 - Dados gerais do paciente

<b>GÊNERO</b>	<b>IDADE / ANOS</b>	<b>RAÇA</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>
M – masculino	1 - 01 a 10	1 – branca	1 – 1º grau compl
F – feminino	2 – 11 a 20	2 – negra	2 – 1º grau incomp
	3 – 21 a 30	3 – amarela	3 – 2º grau compl
	4 – 31 a 40	4 – vermelha	4 – 2º grau incomp
	5 – 41 a 50		5 – 3º grau compl
	6 – 51 a 60		6 – 3º grau incomp
	7 – 61 a 70		

#### 4.2.2 Triagem dos pacientes

Eficiência, motivo da consulta; situação do tratamento, qualidade da distribuição destes às diversas clínicas, presença de alterações sistêmicas identificando - as. Coletaram-se os dados através de avaliação clínica do pesquisador, leitura dos prontuários, das fichas clínicas e anotados em planilhas específicas.

Tabela 4.2 - Triagem dos pacientes

TRIAGEM		DISTRIBUIÇÃO
1-Setor apropriado	2-SUS	1-Adequada
1.1-Espontâneo	2.1-Espontâneo	2-Inadequada
1.2-Dor	2.2-Dor	3-Lista de espera
1.3-Hemorragia	2.3-Hemorragia	
1.4-Perda dental	2.4-Perda dental	
1.5-Cárie dentária	2.5-Cárie dentária	

#### 4.2.3 Exame clínico/diagnóstico

Foi seguida a filosofia da disciplina de Clínica Integrada, onde o discente realizou a anamnese, exame físico, exame clínico extra e intrabucal, modelos de estudo, radiografias para diagnóstico quando necessário e se estes foram conferidos pelo docente responsável. Os dados resultantes foram anotados na ficha clínica da disciplina de Clínica Integrada.

Tabela 4.3 - Exame clínico/diagnóstico

EXAME CLÍNICO	CONFERÊNCIA
1-Bem definido	1-Sim
2-Incompleto	2-Não
3-Não foi realizado	



#### 4.2.4 Planejamento

Foi elaborado pelos alunos, conferido pelos docentes responsáveis, anotados na ficha clinica para que os alunos seguissem como orientação.

Tabela 4.4 - Planejamento

<b>PLANEJAMENTO</b>	<b>CONFERENCIA</b>
1-Ordenação definida	1-Sim
2-Ordenação indefinida	2-Não
3-Não realizado	

#### 4.2.5 Necessidades clínicas dos pacientes

No momento da triagem foi efetuada uma seleção prévia, dando prioridade de atendimento, pela Clínica Integrada, a pacientes que possuíssem mais de três procedimentos distintos (áreas diferentes). No decorrer dos atendimentos foi realizada uma conferência para comprovação deste fato e também quais os procedimentos que mais se repetiam. Estes dados foram anotados em planilhas específicas.

Tabela 4.5 - Necessidades clínicas dos pacientes

<b>NECESSIDADES</b>	<b>CÓDIGO</b>
Uma	1
Duas	2
Três	3
Quatro ou mais	4

#### 4.2.6 Procedimentos executados

Foi realizada uma avaliação dos planejamentos, com o intuito de identificar se os mesmos possuíam uma visão mais curativa ou mais preventiva, observando – se a periodicidade das conferências executadas pelos docentes e posteriormente anotados em planilhas.

Tabela 4.6 - Procedimentos executados

<b>PROCEDIMENTOS EXECUTADOS</b>	<b>CONFERÊNCIA</b>
1-Curativo	1-Diária
2-Preventivo	2-Mensal
	3-Final do curso

#### 4.2.7 Interrupções no tratamento

Este item foi avaliado através da conferencia das anotações feitas pelos alunos nas fichas clínicas e posteriormente na conferência dos

registros dos prontuários dos pacientes, Os dados coletados foram transferidos para planilhas específicas.

Tabela 4.7 - Interrupções no tratamento/motivo

INTERRUPÇÃO	MOTIVO
1-Menos de um mês	1-Gravidez
2-Mais de um mês	2-Transplante
3-Sem interrupção	3-Internamento Hospitalar
	4-Abandono
	5-Falta de avaliação médica
	6-Férias da instituição
	7-Dispensado

#### 4.2.8 Pacientes iniciados, terminados e os que continuam em tratamento

Através da conferências das fichas clínicas e prontuários obtiveram tais dados que posteriormente foram anotados em planilhas.

#### 4.2.9 Fase de manutenção

Realizada ou não realizada; através de uma avaliação nos registros do serviço de triagem da Clínica Integrada colhemos estes dados e os inserimos nas planilhas específicas. Ao término de cada etapa, foi verificado se todos os itens foram conferidos pelos respectivos professores orientadores.

#### 4.2.10 Tempo despendido

Nos procedimentos/atividades clínicas e possíveis intercorrências que pudessem interferir nos resultados relacionados à produtividade. O atendimento odontológico dos pacientes seguiu as normas da disciplina de Clínica Integrada da UTP, onde as atividades foram desenvolvidas pelos alunos de graduação a quatro mãos. Esta amostragem foi composta por 20 alunos, selecionados aleatoriamente, onde, para cada quatro alunos, foi designado um aluno/monitor de outro período, previamente calibrado, com função de anotar o tipo de procedimento, intercorrência e o tempo despendidos para sua execução. Os resultados foram conferidos pelo pesquisador, fazendo - os cumprir os objetivos da disciplina e do trabalho proposto.

Foi considerado como tempo inicial da atividade clínica a recepção do paciente por parte do aluno; como tempo final, o término da atividade, com agendamento do retorno do paciente. Para obtermos um tempo real no final do procedimento clínico, quando houvesse alguma intercorrência técnica/administrativa que pudesse interferir na produtividade do aluno, foi apontada juntamente com o procedimento clínico em questão e descontado do respectivo tempo total.

Foram objetivos de investigação, as seguintes atividades clínicas:

- 1- Exames clínicos e radiográficos.
- 2- Tomada de moldagens para o modelo de estudo.

- 3- Raspagem, alisamento e polimento coronário-radicular (Procedimentos Básicos) em periodontia.
- 3- Exodontias simples (elementos anteriores, posteriores e raízes residuais).
- 4- Endodontias simples (Abertura, Preparo químico-mecânico e obturação em elementos uni, bi e trirradiculares).
- 5- Restaurações em Amálgama de prata, Classes tipo: I, II e V.
- 6- Restaurações em Resina composta fotopolimerizável, Classes tipo III, IV e V.
- 7- Moldagem direta para núcleo metálico.
- 8- Moldagem indireta para núcleo metálico.
- 9- Confecção direta de coroa provisória unitária em resina acrílica autopolimerizável.

Foi considerado como intercorrências técnica/administrativa os seguintes itens:

- 1- Espera pelo professor para orientação.
- 2- Espera por material na fila dos guichês.
- 3- Espera pelo técnico para conserto do equipamento
- 4- Espera para utilização do aparelho de RX.
- 5- Dificuldade na execução da técnica

Todos os docentes, responsáveis de grupo e demais professores receberam uma calibragem prévia sobre a metodologia aplicada neste

estudo, objetivando a manutenção das normas da disciplina de Clínica Integrada daquela instituição de ensino.

Todos os alunos receberam orientação para não excederem determinado tempo máximo na realização das atividades clínicas, procurando desenvolver as atividades sem serem influenciados pela cronometragem.

Após a coleta dos dados anotados nas planilhas, efetuaram-se testes estatísticos específicos para este estudo, enfatizando a comprovação dos resultados obtidos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estabelecimento de objetivos globais para o ano de 2000, em relação à saúde bucal, procurando enfatizar a importância da coleta de dados epidemiológicos nos vários grupos etários da população mundial, tem por objetivo, a adoção de uma visão global de coleta de dados, não só para se obter, primeiramente, os números que representem a situação corrente, como também a possibilidade de reunir conhecimentos a fim de prognosticar e prever as melhorias futuras na saúde bucal (Ainamo, 1983).

No Brasil as políticas de saúde tentam acompanhar estas tendências mundiais, realizando constantemente levantamentos estatísticos traçando um perfil epidemiológico da população brasileira, direcionando de maneira mais eficiente os estudos e recursos, na tentativa de prevenir complicações e possivelmente erradicar determinadas patologias.

Desta forma a pesquisa em estudo, conclusivamente, possibilitou estimar a prevalência de doenças bucais em nível local, proporcionando dados de referência para posteriores avaliações de programas de saúde bucal. Apoiando o trabalho de administradores do setor saúde na determinação de prioridade quanto a serviços educativos, preventivos e curativos e, também, na determinação de grupos com maior necessidade de

cuidados odontológicos, de maneira mais adequada aos seus anseios e, principalmente, sem diminuição de rendimento/produtividade.

## 5.1 Características gerais dos pacientes

### 5.1.1- Com relação ao gênero

Tabela 5.1 - Distribuição de pacientes que realizaram exame clínico na Faculdade de Odontologia da UTP segundo o gênero, números absolutos e porcentagens.

<b>Gênero</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Feminino	203	60,8
Masculino	131	39,2
TOTAL	334	100,0

Observando nossos resultados, foi constatado que 60,8% dos pacientes avaliados e posteriormente atendidos foram do gênero feminino. Estes resultados são coincidentes com diversos trabalhos realizados em instituições de ensino que prestam assistência odontológica à população (Abramowicz *et al.*, 1976; Albuquerque, 1978; Moreira, 1979/82; Matos, 1985; Marotti & Alcântara, 1989; Broughton & Smales, 1991; Silva Netto *et al.*, 1993/1994; Ramos, 1997; Angelleti, 1998; Chávez, 1998; Gil *et al.*, 1999; Menezes, 1999; Saliba *et al.*, 1999; Reis, 2000; Chaise, 2001).

Abramowicz *et al.* (1976) e Chaise (2001) justificaram uma maior procura por atendimento do gênero feminino (68,3% e 62,6%,



respectivamente) por normalmente não terem um horário rígido de trabalho, além de se preocuparem mais com a estética. Discordamos desta afirmação, pois a mulher nos dias de hoje, ocupa um espaço cada vez maior no mercado de trabalho, obedecendo jornadas de trabalho rígidas. Como contribuição, na Universidade Tuiuti do Paraná, a clínica odontológica funciona no período noturno.

### 5.1.2 Quanto à distribuição dos pacientes segundo grupos etários

Tabela 5.2 - Distribuição dos pacientes atendidos, segundo os grupos etários. Números absolutos e percentuais

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
01 a 10	2	0,6
11 a 20	56	16,8
21 a 30	96	28,7
31 a 40	93	27,8
41 a 50	58	17,4
1 a 60	18	5,4
61 a 70	11	3,3
TOTAL	334	100

Ao analisarmos a faixa etária, houve uma predominância em percentual de 28,7% para a faixa de 21 a 30 anos e 27,8% para faixa de 31 a 40 anos. Ao desmembrarmos as faixas etárias, nossos resultados equivalem àqueles obtidos por Gil *et al.*(1999) na faixa etária de 31 a 50

anos (45,2% contra 42,8%), contudo quando a faixa etária foi estendida para 11 a 50 anos, nosso resultado mostrou-se superior (90,7% contra 64,2%). Na faixa etária de 11 a 50 anos, nossos resultados são bastante semelhantes àqueles encontrados por Reis (2000), (90,7% contra 88,8%). Constatamos uma maior procura por atendimento pelos pacientes de 21 a 50 anos, pois estariam mais preocupadas com a reposição dos dentes ausentes e com a conservação dos presentes, fato confirmado por (Gil *et al.*, 1999). Devido as dificuldades físicas, enfrentadas com maior frequência pelos pacientes idosos, restringiu o deslocamento e a permanência nas clínicas da faculdade, assim como crianças de 1 a 18 anos de idade que necessitam acompanhamento de um responsável para realização do tratamento, poderiam ser as explicações para a menor frequência nestas faixas etárias.

### 5.1.3 Quanto à distribuição dos pacientes segundo a cor da pele

Tabela - 5.3 Distribuição dos pacientes de acordo com a cor da pele em números absolutos e porcentagens

<b>Raça</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Branca	300	89,8
Negra	33	9,9
Amarela	1	0,3
Vermelha	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>	<b>100</b>

No que diz respeito à distribuição dos pacientes segundo a cor da pele, observamos que 89,8% foram de leucoderma, 9,9% melanoderma e 0,3% xantoderma. A distribuição foi também encontrada em outros trabalhos realizados na região sul do Brasil, tais como Marotti & Alcântara (1989) e Chaise (2001). Este fato pode ser facilmente justificado pelas diversas etnias que colonizaram os estados da região sul do Brasil, no caso o Paraná, mais especificamente a região metropolitana de Curitiba, que em sua maioria é formada por descendentes de imigrantes italianos, poloneses, alemães, ucranianos, japoneses, sírios e libaneses.

Resultados diferentes foram encontrados em trabalhos efetuados em outras regiões do país, esclarecidos também pelas peculiares características populacionais. O estado de São Paulo possui uma das maiores colônias japonesas do mundo, acrescentando ainda, a migração de indivíduos oriundos da região nordeste do país em grande escala, justifica os menores resultados quanto à distribuição dos leucodermas, encontrados em trabalhos realizados na cidade de São Paulo, 71,8% para Abramowicz, *et al.* (1976), 70% para Angelletti (1998), 70,9% para Gil *et al.* (1999) e 75% encontrados por Reis (2000).

#### 5.1.4 Quanto ao grau de instrução

Tabela 5.4 - Distribuição dos indivíduos conforme o nível de escolaridade em porcentagem e números absolutos

Escolaridade	Número	%
1º G. COMPLETO	85	25,5
1º G. INCOMPLETO	118	35,4
2º G. COMPLETO	73	21,9
2º G. INCOMPLETO	37	11,1
3º G. COMPLETO	10	3,0
3º G. INCOMPLETO	10	3,0
TOTAL	333	100

Em relação ao grau de instrução da nossa amostra, constatou-se que aproximadamente 61%, possuem 1º Grau completo e ou incompleto. Os números foram inferiores aos encontrados por Abramowicz *et al.*, em 1976, (90,4%), superiores aos de Reis (2000) com 29,5%, mas semelhantes com os encontrados por Gil *et al.* (1999) com 64,1%. Com referencia ao 2º Grau completo e incompleto, nossos resultados aproximadamente 33%, foram maiores que aqueles referidos por Gil *et al.* (1999) com 24,8% e Reis (2000) com 23%. Com relação ao 3º Grau, encontramos 6%, compatíveis aos valores encontrados por Gil, *et al.* (1999) e Reis (2000) também com aproximadamente 6%.

### 5.1.5 Quanto às alterações sistêmicas

Tabela 5.5 - Distribuição quanto a presença ou ausência de alterações sistêmicas em porcentagens e números absolutos

<b>Alteração Sistêmica</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
SIM	162	47,6
NÃO	178	52,4
TOTAL	340	100

Tabela 5.6 - Distribuição segundo o tipo de alteração sistêmica. Números absolutos percentuais

<b>Tipo de Alteração</b>	<b>número</b>	<b>%</b>
HIPERTENSÃO	20	12,3
DISTÚRBIO GÁSTRICO	32	19,8
ANEMIA	17	10,5
DISTÚRBIO RESPIRATÓRIO	20	12,3
DISTÚRBIO HEPÁTICO	12	7,4
DISTÚRBIOS RENAIIS	16	9,9
DIABETES	8	4,9
DISTÚRBIO CARDÍACO	11	6,8
OUTROS	26	16,0
TOTAL	162	100

Com relação às alterações sistêmicas apresentadas pelos pacientes que procuram à clínica da UTP, 47,6% apresentavam alguma espécie de alteração, tendo uma maior incidência de; distúrbios gástricos com 19,8%, hipertensão (12,3%)e distúrbio do sistema respiratório (12,3%).

As demais alterações, como demonstrado na Tabela 5.6 aparecem em menor número, porém com o mesmo grau de importância. Estes resultados nos mostram a grande importância de conhecermos mais detalhadamente estas patologias e sua influência com relação ao tratamento dos problemas dentais, a terapêutica medicamentosa necessária ao seu atendimento prévio, indicações e contra indicações, efeitos adversos e interações medicamentosas, entre outras, que possam ocorrer ao administrarmos determinados fármacos a estes pacientes. Entretanto, o que temos observado é um aluno mais voltado para o tecnicismo do que ao tratamento global, mostrando um certo despreparo no momento de interpretar os dados colhidos durante a avaliação clínica dos pacientes. Um maior sinergismo entre corpo discente e docente, além do currículo desenvolvido pela Instituição, poderiam ser condutas adequadas para melhorar este quadro.

## 5.2 Características funcionais da clínica integrada

### 5.2.1 Quanto ao sistema de triagem

Tabela 5.7 - Distribuição de acordo com o sistema de triagem. Números absolutos e percentuais

<b>Sistema de Triagem</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Demanda Espontânea	96	28,1
Demanda Orientada	246	71,9
TOTAL	342	100

Ao avaliarmos o sistema de admissão dos pacientes ao tratamento no setor de Clínica Integrada da Universidade Tuiuti do Paraná, observou-se que existiram duas maneiras distintas de ocorrer. Na grande maioria das vezes o pacientes era de Demanda Orientada, ou seja, indicado pelos postos de saúde (SUS) totalizando 71,9%. Num percentual menor, o paciente entrava no sistema através de uma triagem realizada pelos alunos da disciplina, com supervisão dos professores, denominado de Demanda Espontânea, totalizando 28,1%. Esta última forma de entrada do paciente na disciplina, apresenta inúmeras vantagens no processo ensino-aprendizado.

#### 5.2.2 Quanto à necessidade clínica do paciente

Tabela 5.8 - Distribuição de acordo com as necessidades clínicas do paciente. Números absolutos e percentuais

<b>Necessidade do Paciente</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
UMA	225	65,8
DUAS	44	12,9
TRÊS	29	8,5
QUATRO OU MAIS	44	12,9
TOTAL	342	100

Tabela 5.9 - Distribuição das necessidades clínicas simultâneas, relacionadas ao sistema de triagem. Números absolutos e percentuais

<b>Necessidades</b>	<b>Demanda Espontânea número/%</b>	<b>Demanda Orientada número/%</b>	<b>Número total/%</b>
1	20 (20,8)	205 (83,3)	225 (65,8)
2	12 (12,5)	32 (13,0)	44 (12,9)
3	22 (22,9)	7 ( 2,8)	29 (8,5)
4	42 (43,8)	2 (0,8)	44 (12,9)
<b>TOTAL</b>	<b>96 (100)</b>	<b>246 (100)</b>	<b>342 (100)</b>

Avaliando os resultados mais detalhadamente das Tabelas 5.8 e 5.9, pudemos constatar que do total dos pacientes triados pelos alunos, com a supervisão dos docentes, (Demanda Espontânea e Demanda Orientada), aproximadamente 78,7% possuíam uma ou duas necessidades clínicas e apenas 21,4% possuíam três ou mais, indo contrário à definição de que a Clínica Integrada tem por objetivo primordial, treinar o aluno para integrar conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso, de modo a proporcionar ao paciente o atendimento global das necessidades evidenciadas (ABENO, 1978; Araújo, 1970; Albuquerque, 1985; Marcos, 1991; Padilha, 1998). Justifica-se, pois quando o paciente dava entrada no sistema via Demanda Orientada (SUS), aproximadamente 96,3% deles possuíam uma ou duas necessidades clínicas e apenas 3.6% dos pacientes possuíam três ou mais necessidades. De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que a metodologia empregada pela UTP é de certa forma discordante dos objetivos gerais de uma disciplina de Clínica Integrada, considerando que o aluno não possui condições de praticar uma aglutinação



e homogeneização dos conhecimentos, previamente, adquiridos nas diversas disciplinas básicas para um correto aprimoramento na elaboração de plano de tratamentos globalizados, também preconizados pelas Normas Procedimentais da Clínica Integrada da UTP (2000), que sempre preconizou uma visão generalista ao aluno, evitando a especialização prematura.

Tabela 5.10 - Distribuição em números absolutos e percentuais, relacionados a incidência das especialidades clínicas iniciadas/planejadas e concluídas nos pacientes

<b>Especialidade</b>	<b>Iniciadas (número / %)</b>	<b>Concluídas (número / %)</b>	<b>Não concluídas (número / %)</b>
Periodontia	112 (19,9)	86 (76,8)	26 (23,2)
Cirurgia	89 (15,8)	63 (70,8)	26 (29,2)
Endodontia	212 (37,6)	160 (75,5)	52 (24,5)
Dentística	79 (14,0)	46 (58,2)	33 (41,8)
PPR	35 (6,2)	8 (22,9)	27 (77,1)
PPF	22 (3,9)	9 (40,9)	13 (59,1)
PT	5 (0,9)	3 (60,0)	2 (40,0)
Manutenção	12 (2,1)	12 (100,0)	0 (100,0)
<b>TOTAL</b>	<b>564 (100)</b>	<b>387 (68,6)</b>	<b>177 (31,4)</b>

Conforme os resultados demonstrados nesta tabela, observamos uma grande predominância para procedimentos curativos (97,9%), determinado uma fuga aos moldes sugeridos pela ABENO (1978), onde além de proporcionar ao paciente um atendimento global de suas necessidades

odontológicas, é de extrema importância a preservação da integridade da saúde bucal, conseguida por meio de consultas de manutenção (2.1%). Observamos também uma grande incidência de procedimentos iniciados, porém não concluídos (31,4%), sinalizando uma necessidade de identificação de fatores que, possam estar influenciado neste achado.

### 5.2.3 Quanto à distribuição dos pacientes

Tabela 5.11 - Números absolutos e percentuais dos pacientes triados, segundo a sua distribuição

Distribuição	Número	%
ADEQUADA	65	19,0
INADEQUADA	253	74,0
LISTA DE ESPERA	24	7,0
TOTAL	342	100

Com relação à distribuição dos pacientes triados para a disciplina de Clínica Integrada, os resultados encontrados confirmaram os dados acima apresentados. Apenas 19% foram adequadamente distribuídos ou para a própria disciplina, já que possuíam dois ou mais procedimentos distintos para serem realizados, 74% dos pacientes foram distribuídos de maneira inadequada, sendo possuidores de dois procedimentos ou menos e 7% não foram distribuídos para nenhuma clínica, permanecendo em fila de espera até haver vagas para as suas necessidades clínicas. Estes dados percentuais demonstram um certo grau de dificuldade, das disciplinas

profissionalizantes, em absorver pacientes com um ou no máximo dois procedimentos clínicos a serem executados.

#### 5.2.4 Com relação à qualidade do exame clínico realizado

Tabela 5.12 - Distribuição segundo a qualidade do exame clínico, em números percentuais e absolutos

Exame Clínico	Número	%
BEM DEFINIDO	102	29,8
INCOMPLETO	216	63,2
NÃO REALIZADO	24	7,0
TOTAL	342	100

No que dizem respeito ao exame clínico e diagnóstico, os resultados encontrados confirmaram uma inter-relação com a maneira pela qual o paciente ingressou ao tratamento ou via Demanda Espontânea (UTP) ou via Demanda Orientada (SUS). Aproximadamente 30% dos exames clínicos foram bem definidos, 63% foram realizados de maneira incompleta e 7% não foi realizado. Pudemos observar que ao avaliar um paciente indicado pelo SUS, o aluno não possuía uma preocupação em realizar um exame mais detalhado, ou muitas vezes não o fazia, pois estes vinham com um tratamento já pré-definido, não requerendo dos alunos um esforço relacionado à descoberta de outras alterações clínicas viáveis de serem corrigidas, vetando assim às suas realizações.

Tabela 5.13 - Números absolutos e percentuais, com relação a conferência do exame clínico pelos professores orientadores

Conferência	Número	%
SIM	281	82,2
NÃO	61	17,8
TOTAL	342	100

Conclusivamente, há um contra senso nos resultados das Tabelas 5.12 e 5.13, considerando que na avaliação clínica de exames clínicos, aproximadamente 82% foi conferido pelos docentes responsáveis, demonstrando um certo descuido dos professores supervisores, no momento de cobrar dos alunos as informações colhidas anteriormente e indispensáveis ao diagnóstico.

Segundo Arruda (1997), o importante seria identificar os problemas e expressá-los de forma inteligente, pois a chave do sucesso de nosso tratamento esta na capacidade de se elaborar um diagnóstico correto, para que possamos traçar um plano de tratamento adequado, pois embora existam diferentes maneiras de tratar uma patologia, existe apenas um diagnóstico preciso.

#### 5.2.5 Com relação ao plano de tratamento

O plano de tratamento, segundo vários autores (Haupt & Kress, 1973; Borges & Campos, 1982) é a parte mais importante de uma filosofia de Clínica Integrada, pois é onde o aluno desenvolve a capacidade de

aglutinação e homogeneização dos conhecimentos anteriormente adquiridos e o mais adequando às condições sócio – econômicas do paciente, sem, contudo, desprezar a existência de possíveis variáveis que poderão advir no decorrer do tratamento. Morgano *et al.* (1990) diz que todo plano de tratamento deve seguir a um correto diagnóstico e que afora os casos de urgência, nenhum tratamento deve ser executado sem um plano de tratamento abrangente.

Tabela 5.14 - Distribuição do plano de tratamento de acordo com a sua qualidade. Números absolutos e percentuais

<b>Plano de Tratamento</b>	<b>número</b>	<b>%</b>
DEFINIDO	177	51,8
INDEFINIDO	139	40,6
NÃO REALIZADO	26	7,6
TOTAL	342	100

Tabela 5.15 - Números absolutos e percentuais, com relação a conferência do plano de tratamento pelos professores orientadores

<b>Conferência</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
SIM	284	83,0
NÃO	58	17,0
TOTAL	342	100

Os resultados encontrados em nossa coleta de dados demonstram uma concordância com as afirmações dos autores mencionados, tanto pelos

alunos que concretizaram uma ordenação bem definida dos respectivos planejamentos, quanto da conferência dos docentes de aproximadamente 83% dos planos de tratamentos executados. Porém, vale a pena ressaltar que uma grande parte dos pacientes examinados pelos alunos possuía apenas uma necessidade clínica, não oferecendo um grau de dificuldade muito grande na elaboração do plano de tratamento.

#### 5.2.6 Segundo o tipo de abordagem clínica(modelo)

Tabela 5.16 - Números absolutos e percentuais, com relação ao modelo de prática odontológica

<b>Modelo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Curativo	334	97,7
Preventivo	8	2,3
TOTAL	342	100

Dos 342 pacientes triados, aproximadamente 98% tiveram uma abordagem curativa. Segundo Pires Filho (1995), a nossa instituição adota um modelo de prática odontológica tradicional, onde há um predomínio curativo, abordagem individualista e diagnóstico feito em função da técnica. Devemos ficar atentos a outros modelos de uma Odontologia integrada principalmente o sugerido pelo Grupo de estudos sobre o ensino da Odontologia (GESEO), em 1996, onde o delineamento de um currículo odontológico compatível com o exercício profissional e definições de

expressões utilizadas para caracterização das qualificações do profissional a ser formado, deve ser baseado na prevenção, na desmonopolização do conhecimento e na simplificação de procedimentos e insumos. Ainda sugere uma modificação na metodologia de ensino, através da diminuição das aulas teóricas e aplicação do estudo individual e de grupos de estudo sobre temas relevantes ou da prática, como forma de estímulo à autonomia científica e à busca de conhecimento e que o atual predomínio dos atos curativos deverá ser superado através das atuações sobre grupos ou comunidades ao longo do Curso, com a adoção dos conceitos de risco, da ênfase na prevenção, do ensino do auto cuidado e do ensino clínico-epidemiológico.

#### 5.2.7 Quanto às interrupções do tratamento

Tabela 5.17 - Distribuição em números absolutos e percentuais, relacionados ao momento da interrupção do tratamento

<b>Tempo/Interrupção</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Menos de um mês	52	50,5
Mais de um mês	51	49,5
TOTAL	103	100

Tabela 5.18 - Distribuição segundo o motivo da interrupção em números percentuais e absolutos

TIPO	NÚMERO	%
Gestação	1	1,0
Transplante	1	1,0
Internamento	1	1,0
Abandono	87	84,5
Necessidade de avaliação médica	3	2,9
Férias da UTP	4	3,9
Dispensado	6	5,8
TOTAL	103	100

Ao avaliarmos o total de interrupções ocorridas nos tratamentos clínicos, aproximadamente 50,5% ocorreu em menos de um mês de atendimento, sendo o abandono, o motivo mais significativo, com uma incidência de 84,5% (Tabelas 5.17 e 5.18).

Cabe lembrar que ao se elaborar um plano de tratamento integrado, a existência de fatores modificadores, determinam uma redução significativa da produtividade, levando ao fracasso do plano inicialmente proposto. Segundo Dworkin *et al.* (1970), as razões apontadas em seu trabalho para a não finalização de tratamentos foram: entrevistas demoradas, plano de tratamento complexo e orientação incorreta quanto à sua execução. Para Ingber & Rose (1975) e Ettinger & Beck (1983), muitas vezes, o plano de tratamento não é realizado de forma ideal, devido a determinadas condições que impedem sua realização, tais como problemas médicos, dentários, sociais, econômicos, emocionais ou comportamentais. Stancey *et al.* (1978). notaram que as interrupções nos planos de tratamento ocorriam quando a



seleção dos pacientes não era ideal, seja pela complexidade dos tratamentos ultrapassando um limite de tempo disponível pelos alunos, seja por interesse e motivação do paciente em realizar seu tratamento de forma integral. Deparando-se de frente com todas estas dificuldades evidencia-se a necessidade de estudos mais aprofundados e detalhados às metodologias empregadas no desenvolvimento da Clínica Integrada, pois refletirá a eficiência e a eficácia do programa educacional da instituição de ensino, permitindo ao corpo docente executar prognósticos, apreciações e diagnósticos do binômio ensino-aprendizagem.

#### 5.2.8 Com relação a procura de atendimento para manutenção

Tabela 5.19 - Distribuição dos pacientes, segundo a procura por manutenção de tratamento, em números absolutos e percentuais

<b>Manutenção</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	12	3,6
Não	325	96,4
TOTAL	337	100

Observamos que em aproximadamente 96,4% dos tratamentos realizados, os pacientes não retornaram para realizar sua manutenção, diferindo do percentual de 20,5% de pacientes que retornaram para revisão de seus tratamentos, encontrados por Razak & Jaafar (1987), e dos 16,3%

dos pacientes procurando a instituição para revisão/manutenção encontrados por Chaise (2001).

Segundo Blinkhorn *et al.* (1983), a atitude dos pacientes pode ser descrita como “dente que não dói é saudável”. Fica evidente em nosso trabalho, que a causa principal da procura pelo atendimento ser curativo/dor, justificando o grande número de dentes com envolvimento inflamatório e/ou infecciosos dos tecidos pulpares por parte dos pacientes deste estudo, com 38% de incidência (Tabela 5.10). Razak & Jaafar (1987); Powell & McEniery (1988); Broughton & Smales (1991) e Chaise (2001), também encontraram a odontalgia como principal motivo da procura por tratamento odontológico, sendo respectivamente a queixa principal de 23,1%, 27%, 30% e 19,7%. No outro extremo encontra-se a manutenção com uma incidência de 3,6 %, demonstrando mais uma vez uma prevalência dos procedimentos curativos.

Isto nos faz refletir sobre a grande discrepância dos resultados, havendo uma imediata necessidade de implantação de um programa de incentivo a tratamentos preventivos/manutenção, para garantir uma maior longevidade dos tratamentos executados. Na medida que implicará em tentar modificar a consciência da população, a qual, com certeza, é uma tarefa árdua e desafiadora, porém muito gratificante.

Nosso estudo ainda revela que aproximadamente 68,6% dos procedimentos iniciados foram concluídos (Tabela 5.10), este fato obriga-nos a repensar a respeito da seleção/triagem, distribuição, diagnóstico, plano de tratamento, ou seja, tudo o que influencia o bom funcionamento da produtividade clínica. Alterações nos planos de tratamento são freqüentes

em qualquer etapa do tratamento odontológico, visto sua complexidade. Profissionais qualificados e atuantes deparam-se com intercorrências clínicas em seu dia a dia e muitas vezes, tem dificuldades em resolvê-las, mesmo possuindo desenvolvida capacidade motora. Arruda (1997), obteve resultados inferiores, porém em seu estudo os pacientes foram divididos em dois grupos distintos, grupo I (fase de preparo bucal e início da fase restauradora) e grupo II (fase reabilitadora) com 21,5% e 33,3% de procedimentos concluídos, respectivamente.

Provavelmente esta discrepância dos resultados esteja mais relacionada à grande diferença de carga horária, pois sua instituição possuía uma carga horária de 120 horas, estando, o número de horas, em conformidade com o Conselho Federal de Educação, contra 528 horas da UTP, distribuídas durante o ano letivo e que estão muito além do preconizado pelo Boletim da ABENO (1974) o qual sugere que a carga horária mínima para a Disciplina de Clínica Integrada seja de 225 horas.

#### 5.15 Competência clínica / produtividade

Produtividade é o número de unidades de trabalho ou serviço, produzidas numa determinada unidade de tempo.

Marcos (1975); Borges & Campos (1982); Minelli *et al.* (1983); Masuda *et al.* (1991); Perez (1993); Vazquez (2002) destacaram que para se conseguir um desempenho eficiente, deveria ser considerado o trabalho do Cirurgião – Dentista e do pessoal auxiliar como um todo e não somente no

que concerne o tratamento em si. Para isto, a mensuração do tempo como método de avaliação torna-se fundamental, possibilitando a identificação e eliminação de fatores que prejudiquem o desempenho clínico, do mesmo modo que promovem estímulos à racionalização.

Seguindo o mesmo raciocínio, Arruda. (1997) destaca a importância de identificarmos e mensurarmos quais as variáveis intercorrentes que ocorrem em nosso plano de tratamento inicial, contribuindo desta forma, sobremaneira na quantidade e qualidade dos trabalhos clínicos, pois o melhor dos esforços por parte do corpo docente será destinado àquelas causas que de maneira significativa, comprometem a realização do plano de tratamento inicialmente proposto, resultando na melhoria do binômio ensino-aprendizagem, bem como na satisfação tanto do estudante quanto do paciente.

Autores como Hodgson (1975); Franciscone *et al.* (1985); Davis & Wisnstanley (1997); Poi *et al.* (1997); Qualtrough (2001) e Vazquez (2002) destacaram a importância que o trabalho em dupla com alunos de graduação, poderia levar a uma diminuição do tempo de consulta dos pacientes, aumento da produtividade e diminuição dos custos.

Deste modo, a mensuração do tempo despendido na execução de procedimentos clínicos, identificação e quantificação de fatores modificadores (intercorrências) justificam o esforço empregado neste trabalho, buscando sanar possíveis problemas de ordem institucional (currículo, estrutura da clínica, corpo docente, filosofia de tratamento) para que possamos atingir uma competência clínica.

Para esta fase do trabalho, pela complexidade na coleta de dados, devemos lembrar que selecionamos ao acaso 20 alunos para aferição do tempo despendido em cada procedimento e suas possíveis intercorrências.

### 5.3.1 Tempo despendido para procedimento de Exame Clínico

Tabela 5.20 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos clínicos de exame clínico em minutos

<b>Exame Clínico</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Anamnese	34	36
Exame radiográfico	18	33
Modelo de estudo	20	29
TOTAL	72	98,0

Ao analisarmos nossos resultados, podemos verificar que para o procedimento de Exame Clínico (Anamnese, Exame Radiográfico e Moldagens), os alunos obtiveram uma média de tempo despendido para a atividade de 98 minutos. Números relativamente maiores foram encontrados por Perez (1993) com 108,58 minutos em trabalho individual e de Vazquez (2002) com 107,40 minutos em trabalho a 4 mãos. Esta diferença poderia ser explicada pelo fato destes autores não considerarem as intercorrências durante a execução deste procedimento.

Tabela 5.21 - Distribuição das intercorrências durante o procedimento de exame clínico com média em minutos e porcentagem

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>	<b>%</b>
Espera pelo professor	5	5	38,5
Espera pelo material	2	13	15,4
Espera pelo técnico	0	0	0
Espera no RX	2	10	15,4
Erro de técnica	4	35	30,8
TOTAL	13	15,7	100

Considerando as intercorrências ocorridas durante o exame clínico, as de maior incidência foram a espera pelo professor com 38,5% e um tempo médio de 5 minutos e erro de exame com 30,8% e um tempo médio de 35 minutos.

Arruda (1997) encontrou apenas 11,87% de erros de diagnóstico no total das intercorrências, porém concordamos com sua afirmação de que isto demonstra uma desatenção, negligência ou falta de conhecimento por parte dos alunos durante a execução do exame clínico e que tal situação acarretará em constantes modificações do plano de tratamento inicial afastando-o cada vez mais da competência clínica.

### 5.3.2 Tempo despendido para os procedimentos de periodontia

Tabela 5.22 - Média de tempo despendido na execução do procedimento de raspagem e polimento corono radicular (RPCR) por hemi-arcada

Periodontia	Número	Média em minutos
RPCR	28	52

Para os procedimentos clínicos de Raspagem, alisamento e polimento corono radicular por hemi-arcada encontramos uma média de tempo de 52,00 minutos, onde a única intercorrência durante a execução deste procedimento foi a espera por material com duas ocorrências e uma média de 5 minutos.

Minelli *et al.* (1983) encontrou uma média de 34 minutos para tratamento periodontal básico, porém, consideraram um tempo um tanto reduzido e concluíram que isto provavelmente seria justificado pelo fato de a grande maioria dos pacientes terem sido submetidos a tratamento na clínica especializada de periodontia, o que contribuiu para redução na média de tempo para este procedimento clínico.

Collins (1983) trabalhando com cirurgiões dentistas recém formados auxiliados por assistentes treinadas na execução destes procedimentos encontrou uma média de 55 minutos. Esta diferença insignificante levando-nos a acreditar em um excelente grau de aproveitamento e desempenho de nossos alunos para estas tarefas.

Peres (1993) encontrou uma média de 56 minutos para esta atividade por hemi-arco com alunos em trabalho individual. Vazquez (2002) com alunos trabalhando a 4 mãos obteve uma média de 70,7 minutos, uma diferença a maior de 18,7 minutos. Acreditamos ser este fato reflexo das dificuldades iniciais da interação aluno/paciente, provável presença maior de fatores etiológicos locais, não observância das intercorrências e as horas/atividades dedicadas nesta instituição sejam menores, determinando um menor nível de experiência/desempenho.

### 5.3.3. Tempo despendido para o procedimento de exodontia

Tabela 5.23 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de exodontia em elementos anteriores, posteriores e raízes residuais

<b>Exodontia</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Exodontia anteriores	1	66
Exodontia posteriores	19	49
Exodontia raízes	7	40
TOTAL	27	51,6

Silva & Minelli (1983) encontraram um tempo médio de 53,00 minutos despendido em exodontias, muito próximo aos 51,6 minutos de nossa amostra. Porém, estes autores não relatam se foram consideradas as



intercorrencias durante sua execucao e se os alunos trabalharam a quatro maos.

Perez (1993) para exodontia em elementos anteriores encontrou uma media de 53,92 minutos e para posteriores uma media de 72,97, sabendo – se que seus alunos trabalharam individualmente.

Vazquez (2002), trabalhando a 4 maos e apenas em dentes posteriores, apresentou uma media substancialmente maior com 70,10 minutos. Esta diferenca nos resultados provavelmente ocorreu devido a utilizacao da clinica por duas turmas no mesmo periodo, implicando na troca entre as turmas para o atendimento clinico refletindo uma deficiencia no aprendizado, fato este citado pela autora em seus estudos.

Observamos certa contradicao nas afirmacoes de Kilpatrick (1971) e Figlioli *et al.* (1988) que revelaram os beneficios de se ter ajuda de pessoal auxiliar determinando uma economia de tempo. Isto nos leva a crer que possa existir uma defasagem no ensino/aprendizagem entre as instituicoes principalmente quanto as horas/atividades das disciplinas anteriormente cursadas.

Tabela 5.24 - Distribuição das intercorrências durante o procedimento de exodontia com média em minutos e porcentagem

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>	<b>%</b>
Espera pelo professor	7	7	70,0
Espera pelo material	0	0	0
Espera pelo técnico	1	10	10
Espera pelo RX	0	0	0
Erro de técnica	2	15	20,0
TOTAL	10	10,6	100

No procedimento clínico de exodontia, a intercorrência mais representativa foi à espera por orientação do professor, com uma incidência de 70% e despendendo para cada ocorrência uma média de tempo de 7,00 minutos. Isto nos leva a concluir que o aluno muitas vezes resolve as dificuldades e dúvidas sem a devida orientação, que para o seu crescimento frente às adversidades é excelente, porém este poderá estar sendo realizado de maneira errônea e prejudicando a eficácia do binômio ensino/aprendizagem. Por outro lado, devemos observar uma possível desatenção ou negligência dos docentes nesta etapa importantíssima para um correto desenvolvimento dos alunos.

### 5.3.4 Tempo despendido para os procedimentos de endodontia

#### 5.3.4.1. Abertura endodôntica

Tabela 5.25 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de abertura endodontica de elementos dentais uni, bi e triradiculares em minutos

<b>Abertura Endodontica</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Unirradicular	27	47
Birradicular	14	75
Trirradicular	14	70
TOTAL	55	64

O tempo médio encontrado por Vazquez (2002) foi de 81,70; 96,50 e 121,80 minutos, resultado este bem superior do que a nossa média. Estas diferenças de 34,70; 21,50 e 51,80 minutos respectivamente, provavelmente possam ser explicadas pelo não desconto do tempo das intercorrências e por uma provável deficiência no nível de aprendizado, que optou dividir os alunos em duas turmas nos dois períodos existentes, nem sempre trabalhando a quatro mãos, segundo relato da autora em sua dissertação de mestrado.

Perez (1993), com alunos trabalhando individualmente, encontrou 59,5; 66,52 e 83,29 minutos, respectivamente. Ocorreu um maior desperdício de tempo, pois constantemente o aluno se obrigava a interromper o atendimento para anotações na ficha clínica e busca de

materiais, além de não considerar as intercorrências durante a execução dos procedimentos, justificando os seus tempos maiores.

Morisaki & Shoji (1990) apresentaram uma média de tempo de 42 minutos para tratamento de dentes incisivos, a partir do início da cirurgia de acesso. A grande vantagem para os autores, já que encontramos um tempo médio de 58 minutos, provavelmente pode ser devida ao fato de que estes procedimentos foram executados por profissionais com maior experiência clínica do que os alunos.

#### 5.3.4.2 Preparo químico-cirúrgico (P.Q.C.)

Tabela 5.26 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de preparo químico cirúrgico de elementos dentais uni, bi e trirradiculares em minutos

<b>P.Q.C.</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Unirradicular	30	59
Birradicular	24	79
Trirradicular	22	85
TOTAL	76	74,3

Quando comparamos nossos achados neste procedimento clínico aos de Perez (1993) que encontrou uma média de 63,46 ; 73,52 e 90,73 minutos respectivamente para elementos uni, bi e trirradiculares , observamos que esta pequena diferença mais uma vez , possa ser devida ao trabalho individual, confirmando as afirmações de Kilpatrick (1971) e Figlioli *et al.*

(1988) que ressaltaram a utilização de pessoal auxiliar como sendo uma maneira de aumentar a produtividade da equipe de prestação de serviço.

O tempo total médio para a realização do preparo químico cirúrgico para elementos uni, bi e trirradiculares encontrados por Vazquez (2002) foi de 72,90 ; 99,10 e 113,50 minutos respectivamente, apresentando desta forma, uma diferença para maior de 13,90 ; 20,10 e 28,50 minutos respectivamente e poderiam revelar uma deficiência de carga horária e possivelmente a não observância de intercorrências durante a realização dos procedimentos. Nossos resultados parecem refletir um índice de aproveitamento significativamente maior no aprendizado.

#### 5.3.4.3 Obturação endodôntica

Tabela 5.27 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de obturação endodôntica de elementos dentais uni, bi e trirradiculares em minutos

<b>Obturação Endodôntica</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Unirradicular	20	68
Birradicular	11	81
Trirradicular	5	105
TOTAL	36	84,6

Quando comparamos aos resultados obtidos por Perez (1993) de 63,48; 73,52 e 82,75 minutos para estes mesmos procedimentos, com

alunos trabalhando de maneira individual, podemos pensar num melhor aproveitamento ao nível de aprendizado.

Estas diferenças são contrárias aos achados de Kilpatrick (1971); Hodgson (1975); Francischone *et al.* (1985); Silveira & Figlioli (1994); Qualtrough (2001); Finkbeiner (1999) que defenderam a superioridade de desempenho realizados a quatro mãos.

Ao confrontarmos nossos resultados aos de Vazquez (2002) de 80,60; 96,20 e 118,90 minutos, pudemos observar respectivamente diferenças de 12,60; 15,20 e 13,90 minutos a mais.

Tabela 5.28 - Média de tempo total despendido na execução dos procedimentos endodonticos de elementos dentais uni, bi e trirradiculares em minutos

<b>Tempo Total</b>	<b>Média em minutos</b>
Unirradicular	174
Birradicular	235
Trirradicular	260

Tabela 5.29 - Distribuição segundo a ocorrência de intercorrência durante o procedimento de endodontia em media/minuto e porcentagem

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>	<b>%</b>
Espera pelo professor	9	6	19,6
Espera pelo material	5	10	10,9
Espera pela manutenção	2	20	4,3
Dificuldade de isolamento	9	25	19,6
Dificuldade de acesso	1	10	2,2
Dificuldade de PQC	1	25	2,2
Dificuldade odontometria	8	5	17,4
Retratamento	1	5	2,2
Espera pelo RX	10	6	21,7
TOTAL	46	12,4	100

Nos procedimentos clínicos de endodontia, as intercorrências ocorreram 46 vezes, com uma média de 12,4 minutos cada, totalizando em média uma diminuição na produtividade de 09 horas e 50 minutos durante todo o período de avaliação. Sendo que as incidências mais significativas foram respectivamente; espera para utilização do aparelho de RX, com 21,7% e com um tempo médio de espera de 6,00 minutos, espera pela orientação do professor com 19,6% das ocorrências e tempo de 6,00 minutos e dificuldade de isolamento absoluto apresentando 19,6% das incidências e tempo de 25 minutos.

Neste item encontramos uma discrepância muito grande com os resultados de Arruda (1997). Em relação à dificuldade de P.Q.C,

encontramos 2,2% contra 59,68% de suas intercorrências e na dificuldade de acesso tivemos 2.2% dos casos contra 9,68%. Estas diferenças, provavelmente são relacionadas ao processo de ensino-aprendizado das disciplinas anteriormente cursadas, principalmente na Clínica Integrada, onde a carga horária na UTP é 528 horas, contra 120 horas na FOUSP. Além do mais os procedimentos foram desenvolvidos a quatro mãos.

### 5.3.5 Tempo despendido para procedimentos de dentística

#### 5.3.5.1 Restaurações com resina composta fotopolimerizável Classe IV e V

Tabela 5.30 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de restaurações em resina composta fotopolimerizável para cavidades tipo Classe III, IV e V em minutos

<b>Resina Foto</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Restauração Classe III	0	0
Restauração Classe IV	17	63,9
Restauração Classe V	10	50
TOTAL	27	56,9

Em nossa amostra, coincidentemente, não ocorreu nenhum caso de classe III, talvez devido ao pequeno número de procedimentos em dentística.

Perez (1993) encontrou para restaurações de Classe IV, 73,31 e para Classe V, 58,95 minutos, apresentando uma diferença média de 9,41 minutos e 8,95 minutos, respectivamente. Contudo seus alunos não trabalhavam a quatro mãos, o que determina uma economia do tempo



despendido e energia do profissional com uma continuidade dos movimentos operatórios.

Ao compararmos nossos resultados com aqueles encontrados por Vazquez (2002) de 83,10 minutos em média, para Classe IV, houve uma diferença de 19,2 minutos. Isto é facilmente justificável, visto que, como frisado anteriormente não foi levado em consideração o tempo despendido nas intercorrências e a disposição do box para distribuição dos materiais naquela instituição se localizava em uma posição desfavorável, entre as duas clínicas. O erro de técnica (45,8%) com uma média de 12 minutos e a espera pelo professor ( 28,6%) com uma média de 5 minutos , praticamente igualaria os tempos.

#### 5.3.5.2. Restaurações com amálgama de prata para cavidades tipo Classe I, II e V

Tabela 5.31 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de restaurações em amálgama de prata para cavidades tipo Classe I, II e V em minutos

<b>Amálgama de Prata</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>
Restauração Classe I	42	47,2
Restauração Classe II	11	69,5
Restauração Classe V	8	56,0
TOTAL	61	57,5

Garcia & Bernal (1988) obtiveram na 15<sup>a</sup> semana de atendimento, uma média de 48,4 minutos, para procedimentos de Classe I, este nos parece bastante apropriados uma vez que os tempos encontrados mostraram-se muito próximos.

Perez (1993) obteve respectivamente, as seguintes médias 51,46; 65,34 e 53,89 minutos, apresentando um gasto de tempo um pouco maior no primeiro procedimento, provavelmente por desprezo do tempo indireto gasto no desenvolvimento das tarefas. Porém, para Classe II e V, utilizou 4,16 e 2,11 minutos menos. Deve ser lembrado o fato de ser obrigatório a utilização de isolamento absoluto em todos os casos de dentística na UTP, manobra que requer um certo tempo para sua realização. Estas diferenças pequenas de resultados contradizem os achados de Castro & Porto (1975) que o ganho de tempo pode chegar a aproximadamente 32,6% quando os trabalhos preparatórios são realizados por pessoal auxiliar ao se comparar seu rendimento sem auxiliar.

Vazquez (2002) contabilizou um tempo de 80,0 minutos para restaurações de amálgama Classe II (diferença de 10,5 minutos) e acreditamos que isto se deve ao fato do tempo decorrido com as possíveis intercorrências, e leva-nos a acreditar também em uma possível defasagem no ensino/aprendizagem entre as instituições, principalmente quanto às horas/atividades.

Tabela 5.32 - Distribuição segundo a ocorrência de intercorrência durante a execução dos procedimentos de dentística (amálgama e resina fotopolimerizável) com média em minutos e porcentagem

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>Média em minutos</b>	<b>%</b>
Espera pelo professor	4	5	28,6
Espera pelo material	4	10	28,6
Espera pelo técnico	0	0	0
Espera pelo RX	0	0	0
Erro de técnica	6	12	45,8
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9,00</b>	<b>100</b>

### 5.3.6 Tempo despendido para procedimentos de prótese dentária

Tabela 5.33 - Média de tempo despendido na execução dos procedimentos de prótese dentária (moldagem de núcleo metálico fundido pela técnica direta e indireta, e confecção de provisórios pela técnica direta) em minutos

<b>Prótese</b>	<b>Número</b>	<b>Media em minutos</b>
Núcleo direto	7	67
Núcleo indireto	7	88
Provisório direto	15	90
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>81,6</b>

Com relação às médias de tempo despendido para a execução dos procedimentos clínicos de prótese, encontramos os seguintes resultados:

moldagem de núcleo metálico fundido pela técnica direta 67,00 minutos, moldagem para núcleo metálico fundido pela técnica indireta 88,00 minutos e para confecção de provisórios pela técnica direta 90 minutos.

Nos procedimentos clínicos de próteses observamos um porcentual muito elevado de procedimentos planejados, porém não executados. Das 35 próteses parciais removíveis planejadas, somente 8 (22,9%) foram executadas. Foram previstas 22 próteses fixas, no entanto apenas 9 (40,9%) foram concluídas. Foram planejadas 5 próteses totais e realizadas 3 (60%).

Arruda (1997) encontrou resultados muito próximos, 32% das próteses fixas planejadas foram executadas, 30% das próteses parciais removíveis previstas foram realizadas, em relação às próteses totais apenas 33,33% das previstas foram executadas. Porém, discordamos de sua justificativa onde cita a grande quantidade de intercorrências ocorridas durante a execução dos trabalhos (erros de moldagem) seriam os responsáveis por seus achados, pois em nenhum momento encontramos intercorrências nos procedimentos clínicos de prótese. Concordamos que por serem os últimos a serem executados, sofrem maior queda em sua produção, além de exigirem uma disponibilidade financeira maior por parte dos pacientes e muitas vezes necessitamos refazer trabalhos clínicos antigos e reiniciar trabalhos acarretados por falhas laboratoriais.

Frente a estas descobertas, observamos um desempenho melhor quando da utilização de pessoal auxiliar, a necessidade de melhorias no serviço de triagem, para um melhor atendimento as necessidades da população, uma conscientização dos direitos e deveres dos professores,

assim como a implantação de um programa de manutenção dos pacientes atendidos, prolongando os resultados obtidos. Diante da diversidade dos achados deste trabalho de pesquisa, não há pretensão de concluir esta discussão, mas sim fornecer subsídios a novos estudos a uma área ávida de novas descobertas que é a Odontologia.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 -COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA  
UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**

**ANEXO 2 - PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS DA  
FICHA CLÍNICA**

**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
DISCIPLINA DE CLÍNICA INTEGRADA**

**Ficha de avaliação**

1) Paciente \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_  
Residência \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_ Raça \_\_\_\_\_ Salário \_\_\_\_\_  
Classificação sócio-econômica \_\_\_\_\_ escolaridade \_\_\_\_\_

2) Triagem:

Setor apropriado	<input type="checkbox"/>	Espontânea	<input type="checkbox"/>
SUS/DO	<input type="checkbox"/>	Dor de dente	<input type="checkbox"/>
		Hemorragia	<input type="checkbox"/>
		Perda de dente	<input type="checkbox"/>
		Cárie	<input type="checkbox"/>

Alterações sistêmicas  Qual? \_\_\_\_\_

Conferência do Responsável : Sim  Não



Distribuição : Adequada

Inadequada

Lista de espera

3) Exame Clínico Bem definido  Conferido/docente

Diagnóstico: Incompleto  Não conferido/docente

Não foi realizado

4) Planejamento: Ordenação definida

Ordenação indefinida  Conferido/docente

Não foi realizado  Não conferido/docente

5) Necessidade dos pacientes (simultânea): uma

Duas

Três

Quatro ou mais

6) Procedimentos executados: Curativo  Conferência/diária

Preventivo  Conferência/mensal

Conferência/final do curso

7) Pacientes que receberão alta (terminados) e os procedimentos executados

		Nº. de tratamentos iniciados	Terminados
FASE I	Periodontia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cirurgia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Endodontia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FASE II	Dentística	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prótese Removível	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prótese Fixa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prótese Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FASE III	Prevenção	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 7) Interrupções no tratamento

Menos de um mês Mais de um mês Outros  Especificar \_\_\_\_\_

## 8) Tempo despendido nos procedimentos clínicos/Intercorrências

(Anexo 3)

9) Fase de manutenção: Realizada Não realizada







## REFERÊNCIAS\*

Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Iº Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdades de Odontologia. **Bol. ABENO**, v. 8, n. 1, p. 33-37, jul. 1974.

Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Recomendações da XV Reunião da ABENO e VI Encontro Nacional de Dirigentes de Faculdade de Odontologia, sobre o tema oficial Clínica Integrada. **ABENO Notícias**, Recife v. 1, n. 1 set./out. 1978.

ABRAMOWICZ, M.; GIL, C.; MARTINS, M. C. B. Contribuição para o estudo dos pacientes que freqüentam as clínicas da faculdade de odontologia da USP. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 14, n.2 , p. 259-270, jul./dez. 1976.

AINAMO, J. The monitoring process and its importance for achievement of the global goals for oral health by the year 2000. **Int Dent J**, Bristol, v. 33, n.1, p. 79-89, Mar.1983

ALBUQUERQUE, A. J. Considerações acerca de aspectos filosóficos e de aspectos operacionais, relativos aos sistemas de clínica odontológica integrada. **Rev. ALAFO**, Guatemala, v. 17, n. 1, p. 18-22, Jan. 1985

ALBUQUERQUE, A. J. **Efetividade do sistema de clínica odontológica integrada, desenvolvido no curso de odontologia da UFRN**. 1978. 80 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ALONZO DE FERNANDEZ, L. A. Evaluacion clinica em la facultad de odontologia de la Universidad Central de Venezuela. **Acta Odontol Venez**, Caracas, v. 18, n. 2, p. 265-288, mayo/ago. 1980.

ANGELLETI, P. **Subsídios para otimização dos serviços da clinica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**: aspectos éticos e legais. 1998. 251 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARAUJO, W. C. de. Significado do ensino das matérias básicas na formação profissional. **Bol. ABENO**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 8-11, jun. 1970.

---

\* De acordo com ABNT NBR-6023: 2000. Abreviatura de periódicos segundo Bases de Dados MEDLINE.

ARRUDA, W. B. **Variáveis intercorrentes que influenciam a produtividade clínica no curso de graduação na disciplina de Clínica Integrada (Terapêutica Clínica) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Contribuição ao Estudo.** 1997. 85 f.

Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARSH, L. I. **Dental planning for the adult patient.** Philadelphia: Saunders, 1981. 358 p.

BELAN, L. C. **Levantamento das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento em pacientes submetidos a tratamento prévio na FO da Universidade de São Paulo.** 2000. 94 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BELLINI, H. T.; JOHANSEN, J. R. Average time required for scaling and surgery in periodontal therapy. **Acta Odontol Scand**, Stockholm, v. 31, n. 5, p. 283-288, Apr. 1973.

BLINKHORN, A. S.; HASTINGS, G. B.; LEATHAR, D. S. Attitudes towards dental care among young people in Scotland. **Br Dent J**, London, v. 155, n. 9, p. 311-313, Nov. 1983.



BORGES , S. R.; CAMPOS, S. M. Tempos no exercício profissional da Odontologia. Um estudo com cirurgiões – dentistas de Ribeirão Preto. Parte I – Tempos unitários presumidos. **Odontól Mod**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 6-21, out. 1982.

BOTERO, A. A. Por qué decidimos crear una Clínica integrada en nuestra facultad. La experiencia que hemos tenido. In: SEMINARIO LATINO AMERICANO SOBRE ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA. Bogotá: OPS. 1963. cap. 5, p. 173-175.

BRAHAN, S. J. Consideraciones sobre integración clínica. **Rev ALAFO**, Guatemala, v. 13, n. 2, p. 121-28, jul. 1978.

BRASIL. Conselho Federal de Educação e Cultura. Secretaria da Educação Superior. Currículo Mínimo do Curso de Odontologia. Parecer nº 840/70, aprovado em 11 de novembro de 1970. **Documenta**, Brasília, v. 260, p. 46-54, jul. 1982.

BRASIL. Resolução CES nº4, de 14 de agosto de 1998. Prorroga prazo para adaptação dos estatutos e regimentos das instituições de ensino superior do sistema federal de ensino à Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996..Disponível em:<[www.mec.gov.br/cne/pdf/CES0498.pdf](http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES0498.pdf)> acesso em: 6 maio 2003a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Graduação em Odontologia. Disponível em < <http://www.mec.gov.br/cne/pdt/CES032002.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2003b.

BROUGHTON, A. M.; SMALES, R. J. Comparison of dental needs with the treatment actually received. **Aust Dent J**, Sydney, v. 36, n. 3, p. 223-230, June 1991.

BUCHANAN, R. N.; WILLIAMS, V. D. Treatment planning and management. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 48, n. 6, p. 17-19, June 1984. Suplemento.

CASTRO, J. R. F.; PORTO, F. A. Organização do trabalho para execução de restauração de amálgama: operador com e sem auxiliar odontológica. **Rev Fac Farm Odontol Araraquara**, Araraquara, v. 9, n. 1, p. 75-79, jan./jun. 1975.

CHAISE, R. **Levantamento das condições de saúde bucal e necessidade de tratamento de pacientes não submetidos a atendimento prévio que se dirigiram ao Setor de Triagem da Faculdade de odontologia da Universidade de Passo Fundo – FOUPF**. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CHÁVEZ, O. F. M. **Necessidades de tratamento odontológico dos pacientes da Clínica Integrada da FO Araraquara – UNESP no período de 1993 a 1996.** 1998. 162 f. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) - Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

COLLINS, R. J. General practice residency training and subsequent clinical production. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 47, n. 9, p. 609-614, 1983.

DAVIS, L. G.; WINSTANLEY, R. B. The introduction of dental team education. **Br Dent J**, London, v. 182, n. 11, p. 436–439, June 1997.

DENNISON, J. B.; STRAFFON, L. H.; CORPRON, R. E.; CHABENEAU, G. T. A clinical comparison of sealant and amalgam in the treatment of pits and fissures. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 2, n. 3, p. 176-183, Apr. 1980.

DILLEY, D. C.; VANN Jr., W. F.; OLDENBURG, T. R.; CRISP, R. M. Time required for placement of composite versus amalgam restorations. **ASDC J Dent Child**, Baltimore, v. 57, n. 3, p. 177-183, May/June 1990.

DWORKIN, S. F.; PICOZZI, A.; RUDEN, S.; NASH, J. Factors contributing to patient attrition at a University Dental Center. In: INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH. General Meeting, 48. New York, Mar. 16-19, 1970. **Program and Abstracts**. Chicago: IADR, 1970. P. 188. [Resumo n. 558].

ETTINGER, R. L.; BECK, J. D. Medical and psychological risk factors in the dental treatment of the elderly. **Int Dent J**, Bristol, v. 33, n. 3, p. 292-300, Sept. 1983.

FIGLIOLI, M. D.; CASTRO, J. R. F.; PORTO, F. A. Curso para atendente de consultório dentário. 1ª. parte – Noções básicas de equipamento odontológico, manuseio e manutenção. Áreas de trabalho. **Odontol Mod**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 41-50, maio 1988.

FINKBEINER, B. L. Four-handed dentistry revised. **Dent Assist**, New York, v. 68, n. 2, p. 4-10, Mar/Apr. 1999.

FISHER, A. R. The indoctrination of dental students with a professional attitude. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 24, n. 1, p. 38-41, Mar. 1960.

FORD, R. T.; LARSON, T. D.; SCHULTZ, C. J. Teaching comprehensive treatment planning within a patient-centered care model. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 52, n. 1, p. 114-117, Feb. 1988.

FRANCISCHONE, C. E.; NAVARRO, M. F. L.; PASSANEZI, E.; PANDOLFI, R. F. Clínica integrada – o modelo implantado na FOB – USP. Parte I. **Esmatol Cult**, Bauru, v. 15, n. 1, p. 31-37, 1985.

GARCIA, C. M.; BERNAL, R. M. Tiempo empleado por el alumno em lãs distintas intervenciones de operatória dental y endodoncia em la clinica de estomatologia conservadora de la facultad de estomatologia da la Habana. **Rev Cubana Estomatol**, Havana, v. 25, n. 1, p. 130-139, ene./abr. 1988.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE O ENSINO DA ODONTOLOGÍA. **ABENO Notícias**, Recife, v. 1 n. 5, p.18-19, jan.1996.

GIL, C.; ABRAMOWICZ, M.; SILVA, F.; MELO, L. Situação sócio-econômica de pacientes que freqüentaram as clínicas da Faculdade de Odontologia da USP: um estudo transversal. **RPG**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 74-83, jan./mar. 1999.

GOMES, G. S.; BORGES, R. S. Clínica integrada. **Rev ALAFO**, Guatemala, v. 13, n. 2, p. 129-138, jul. 1978.

GORDON, S. R.; KRESS Jr., G. C. Treatment planning in dental school. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 51, n. 5, p. 224-228, May 1987.

HAGAN, B. A.; BAUGHAN, L. W. A survey of comprehensive dental care prograns. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 54, n. 1, p. 27-28, Jan. 1990.

HENDRIKS, F. H. J.; VRIJHOEF, M. M. A. Cost benefit analysis of direct posterior restorations. **Communiy Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 13, p. 256-259, Oct. 1985.

HOCOTT, J. K. Treatment planning and management. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 48, n. 6, p. 13-16, June 1984. Suplemento.

HODGSON, J. M. Dental students paired for DAU training. **J Public Health Dent**, Lansing, v. 35, n. 3, p. 213-214, 1975.

HOUPPT, M.; KRESS, G. Accurancy of measurement of clinical performance in dentistry. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 37, n. 7, p. 34-36, July 1973.

INGBER, J. S.; ROSE, L. F. The problem oriented system. An approach to managing a comprehensive hospital dental system. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v. 19, n. 4, p. 703-715, Oct. 1975.

KENNON, S.; SLEAMAKER, T. F.; FARMAN, A. G. Treatment planning instruction in North American Dental School, 1984-1985. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 49, n. 10, p. 702-706, Oct. 1985.

KILPATRICK, H. C. Production increases due to chairside assistance. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 82, n. 6, p. 1367-1372, June 1971.

KRESS, K. C. Toward a definition of the appropriateness of dental treatment. **Public Health Rep**, Washington, v. 95, n. 6, p. 564-571, 1980.

LEANDRINI, J. C. D. S. **Levantamento das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes não submetidos a atendimento prévio triados para a disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto.** 2002. 159 f. Tese (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LEMOS, J. H. M.; RIBEIRO, J. C.; PIRO, S. C. A.; CANTISANO, M. H. Prevalência das condições sistêmicas e bucais dos pacientes na FO-UERG. *Pesqui Odontol Brás*, v. 14, p.41, 2000. Suplemento. São Paulo, (Resumo n. I241)

LEVERETT, D. H.; HANDELMAN, S. L.; BRENNER, C. M.; IKER, H. P. Use of sealants in the prevention and early treatment of carious lesions: cost analysis. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 106, p. 39-42, Jan. 1983.

LISMAN, B. A. E. Use of available clinic time by dental students. **J Dent Educ**, São Francisco, v. 34, n. 1, p. 105-109, 1970.

LOPES, W. C.; NASCIMENTO, Z.C.P. Pacientes com distúrbios sistêmicos na clínica odontológica. **ROBRAC**, São Paulo, v.6, n.18, p. 29-34, jun. 1996.

MACKENZIE, R. S. Factors essential to evaluation of clinical performance. **J Dent Educ**, São Francisco, v. 38, n. 4, p. 214-223, Apr. 1974.

MARCOS, B. A clínica Integrada nos Cursos de Odontologia como Sistema de atenção. Considerações. **Arq Cent Estud Curso Odontol**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1/2 , p. 9-15, jan./dez. 1991.

MARCOS, B. Tarefas clínicas periodontais: avaliação do tratamento periodontal produzido por hora clínica. **Arq Cent Estud Curso Odontol**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1/2 , p. 135-149, jan./dez. 1975.

MAROTTI, M.; ALCÂNTARA, S. B. Influência da raça, sexo, idade e faixa salarial na experiência de cárie em indivíduos que procuram o serviço de atendimento odontológico da FO/UFRGS. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 33, n. 28/29, p. 41-47, jun./jul. 1989.

MATOS, A. S. R. C. **Levantamento das condições dentárias dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, através de exames clínico e radiográfico**. 1985. 92 f. Dissertação (Mestrado em Diagnóstico Oral) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru.



MASUDA, K.; OTSUKA, H.; HAJITA, H.; NAKANISHI, T.; ONISHI, Y.;  
KAWADE, T. Study on efficiency enhancement in dental care – time study  
on dental care acts. **Dent Japan**, Tokyo, v. 28, p. 179-183, Dec. 1991.

MENEZES, A. G. **Prevalência da cárie e índice periodontal comunitário  
de necessidade de tratamento numa população de 15 a 65 anos da  
cidade de Campo Grande – MS/ Brasil**. 1999. 66 f. Dissertação (Mestrado  
em Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo,  
São Paulo.

MESKIN, L. H. Current and future problems in obtaining teaching patients. **J  
Dent Educ**, San Francisco, v. 33, n. 1, p. 112-118, Mar. 1969.

MINELLI, C. J.; SILVA, E. M. C.; STOIANOV, D. D.; FONSECA, L.;  
BÉRGAMO, P. E.; CORREIA FILHO, T. A. Tempos empregados na  
realização de diferentes unidades de serviço. Um estudo, com alunos da  
Clínica Integrada da FORP no ano de 1982. **Rev Fac Odontol Ribeirão  
Preto**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 59-65, jul./dez. 1983.

MORGANO, S. M.; GARVIN, P. M.; MUSYNSKI, B. L.; MALONE, W. F. P.  
Diagnóstico e plano de tratamento. In: MALONE, W. F. P.; KOTH, D. L.  
(EDS.). **Teoria e prática de prótese fixa de Tylman**. 8.ed. São Paulo: Artes  
Médicas, 1990. p. 1-25.

MOREIRA, S. G. Análise da clientela que consultou em 1973 a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que deixou de reconsultar em 1974. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, n 21/24, p. 53-65, 1979/1982.

MORISAKI, M.; SHOZI, H. Work study on endodontic treatments by means of practice administration. **Dent Japan**, Tokyo, v. 27, p. 147-153, Dec. 1990.

PADILHA, W. W. N. **Análise da situação do ensino( Evolução, modelo pedagógico e enfoque curricular) da disciplina de Clínica Integrada nos cursos de graduação em Odontologia. São Paulo. 1998. 210 f Tese (Doutorado em Clínica Integrada) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.**

PEREZ, F. E. G. **Avaliação da média de tempo despendida na execução de atividades clínicas, por alunos de graduação da disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 1993. 64 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.**

PIRES FILHO, F. M. **A construção interativa do saber e do fazer acadêmicos: o desafio da prática odontológica integral. 1995. 359f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Instituto Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói.**

POI, W. R.; TAGLIAVINI, R. L.; SONODA, C. K.; CASTRO, J. C. M.; SALINEIRO, S. L.; PEDRINI, D.; PANZARINI, S. R. O perfil da disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP após onze anos de implantação. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 33, n. 1, p. 35-40, jan./jun. 1997.

POWELL, R. N.; MCENIERY, T. M. The Brisbane Statistical Division Survey of Adult Dental Health 1984. 3. Dental health status and treatment needs. **Aust Dent J**, Sydney, v. 33, n. 2, p. 109-115, 1988.

QUALTROUGH, A. J. E. Student operator-assistant pairs: an update. **Br Dent J**, London, v.190, n. 11, p. 614-618, June 2001.

RAMOS, F. B. Eficácia do atendimento oferecido aos pacientes da Clínica Integrada da Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina. **Rev CROMG**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 56-63, jul./dez. 1997.

RAZAK, I. A.; JAAFAR, N. Dental needs, demands and patterns of service utilization in a selected Malaysian urban population. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 15, n. 4, p. 188-191, Aug. 1987.

REIS, J. P. **Levantamento das necessidades protéticas e dos distúrbios da articulação temporomandibular em pacientes não submetidos a tratamento prévio na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**. 2000. 95 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SALIBA, C. A.; SALIBA, A. S.; MARCELINO, G.; MOMIAS, S. A. S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 279-284, jul./ago. 1999.

SAMPAIO, L. **Relatório do Curso de Clínica Integrada**. Araraquara: UNESP, Faculdade de Odontologia, 1988. 6p. Mimeografado.

SIEGLER, M. Decision – making strategy for clinical – ethics problems in medicine. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 142, p. 2178-2179, 1982.

SILVA, E. M. C.; MINELLI, C. J. Método de avaliação de alunos durante a realização de trabalhos clínicos. **Rev Fac Odontol Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 20, n.2, p. 73-77, jul./dez.1983.

SILVA NETTO, C. R.; POLLONI, S.; GRISI, M. F. M. Avaliação da necessidade de tratamento periodontal através do CPITN de pacientes de uma clínica de graduação. **Rev Fac Odontol Lins**, Lins, v. 6/7, n. 2, 1/2, p. 60-65, jul./dez. 1993, jan./dez. 1994.

SILVEIRA, R. S.; FIGLIOLI, M. D. Ergonomia aplicada à Dentística. Trabalho a quatro mãos em restaurações classe I, II e III – Parte 2. **Odontol Mod**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 1994.

STANCEY, D. C.; SLOME, B. A.; MUSGRAVE, D. Factors affecting patient completion of treatment within a student dental clinic. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 42, n. 1, p. 607-617, Nov.1978.

TABACOF, G. O ensino da Clínica Integrada nos Cursos de Odontologia no Brasil. **Bol Fac Odontol Univ Fed Bahia**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 1980.

TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. E. M.; PERNAMBUCO, R. A. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 607-613, out. 2002

TORTAMANO, N. **Atualização em clínica Integrada. Atualidades S. B. O. em prática odontológica**. Rio de Janeiro: Quintessence, 1988. p. 103-113.

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Odontologia. Disciplina de Clínica Integrada. **Normas procedimentais da Clínica Integrada**. Curitiba, 2000. 31p.

VASQUEZ, A. M. M. **Avaliação das médias de tempo despendido na execução de procedimentos clínicos por alunos de graduação da Disciplina de Clínica Odontológica Integrada da Faculdade de Odontologia de Santo Amaro**. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WANG, N. J. Productivity in dental care for children. Factors influencing the time spent delivering dental care. **Community Dent Health**, London, v. 11, n. 4, p. 227-232, Dec. 1994.

WITTROCK, J. N. Toward a definition of competence. **J Dent Educ**, San Francisco, v. 35, n. 9, p. 537-539, Sept. 1971.

YEPES DELGADO, F. L.; MEJÍA VILLA, R. Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de Antioquia(1970-1996)- Parte III – Evaluación del período 1990-1996. **Rev Fac Odontol Univ Antioquia**, Medellín, v. 9, n. 2, p. 94-102, ene./jun. 1998.

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte e comunicada, ao autor, a referência em que consta a citação.

Paulo Augusto Pires Milani

---

Assinatura

Faculdade de Odontologia da Universidade de  
São Paulo – Departamento de Estomatologia –  
Disciplina de Clínica Integrada  
Endereço: Av Prof. Lineu Prestes 2227 – Cidade  
Universitária – São Paulo – SP

São Paulo, \_\_\_\_\_ de 2003

E-mail: pauloapmilani@hotmail.com.br