

**CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES DENTISTAS DIANTE DAS
DOENÇAS PERIODONTAIS**

SIMONE APARECIDA DAVANÇO

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Serviços de Saúde Pública

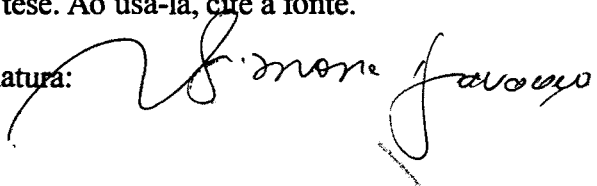
ORIENTADORA: Prof. Dr. ARACY WITT DE PINHO SPINOLA

São Paulo

2003

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese. Ao usá-la, cite a fonte.

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Simone Favero". The signature is written in a cursive style with a large initial 'S'.

Data:

AGRADECIMENTOS

No decorrer do planejamento, execução e conclusão de um trabalho, muitas pessoas participam direta ou indiretamente, sendo responsáveis pela sua realização.

A trajetória, no início traçada, sofreu mudanças, foi remanejada, redirecionada, e o caminho sinuoso que se desenhou chega trazendo não somente o trabalho como produto final, mas sim um crescimento pessoal e a certeza de que há muito que ser feito.

À todas as pessoas que participaram indiretamente da realização deste trabalho, cuja indicação uma a uma se torna impossível, pois injusto seria não mencionar alguém, ficam os meus agradecimentos.

À minha orientadora, professora Aracy Witt de Pinho Spinola, meus sinceros agradecimentos pela orientação prestada, pelo incentivo, pela confiança, pela dedicação que sempre presentes tornaram o caminho mais rico de sabedoria.

Ao professor Paulo Capel Narvai e professor José Maria Pacheco, pelas orientações durante a qualificação, que em mim provocaram inúmeras inquietações e que foram responsáveis pelo meu crescimento pessoal e profissional. A ambos o meu muito obrigado.

Ao professor Cássio Silveira, meus agradecimentos pela ajuda e atenção.

Agradeço aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, como um todo, em especial ao pessoal da Comissão de Pós Graduação e do Departamento de Prática de Saúde.

Às Associações Paulistas dos Cirurgiões Dentistas de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, por permitirem que este trabalho fosse realizado em suas entidades.

Aos coordenadores de todos os cursos visitados cuja receptividade e incentivo à pesquisa permitiram a interrupção das atividades a fim de que o estudo fosse realizado.

Em especial, a todos os cirurgiões dentistas, peça fundamental deste trabalho, pela colaboração e prestatividade, que em momento algum se recusaram a colaborar.

Ao meu companheiro de todas as horas, Maurício Hiroshi Hayashi, pelo incentivo, ajuda, paciência, motivação e amor dedicados nos momentos mais difíceis.

Finalmente, aos meus queridos pais Idelberto e Doroti, que sempre me incentivaram e que viveram junto comigo essa trajetória, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O aumento do conhecimento do processo saúde-doença da cárie e da doença periodontal, morbidades de maior prevalência na cavidade bucal, tem mostrado que ambas podem ser prevenidas.

O modelo de universalidade da doença periodontal tem cedido espaço a uma visão que compactua com a ocorrência de apenas 5 a 20% de periodontite avançada. Esta redução está associada a uma interação complexa entre infecção bacteriana e resposta do hospedeiro, atuando os fatores de risco (stress, fumo, diabete, alterações hormonais, entre outros) significativamente no processo e estabelecimento da progressão da doença.

Se de um lado evidencia-se na fala freqüente dos dentistas o fato da população ser pobre, não estar interessada consigo mesma, e que, portanto, tratar dos dentes não pode ser prioridade; por outro lado é imprescindível que o dentista tenha conhecimento sobre as diversas dimensões das doenças periodontais (etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e tratamento), pois é seu papel realizar diagnóstico e plano de tratamento, pois atua no nível da assistência, onde se encontra o exercício integral das práticas clínicas.

Por meio de um questionário buscou-se identificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sob o ponto de vista periodontal. Participaram da pesquisa 221 dentistas que freqüentavam os cursos das Associações Paulistas dos Cirurgiões Dentistas

dos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.

Os resultados do trabalho mostraram que o nível de conhecimento dos profissionais em todas as dimensões propostas variou entre bom e ótimo. No entanto, tal conhecimento não pode ser traduzido como melhoria da saúde da população, evidenciando um paradoxo: o Brasil, país que concentra aproximadamente 11% dos dentistas de todo o mundo, ainda é conhecido como o país dos desdentados.

Pesquisas futuras são necessárias a fim de saber se o conhecimento adquirido tem se transformado em prática. E ainda, estudar criteriosamente os currículos das faculdades, redirecionando a formação, utilização e distribuição dos recursos humanos, a fim de que mudanças conduzam a melhoras na saúde bucal da população.

Unitermos: doença periodontal, promoção de saúde, recursos humanos, conhecimento.

SUMMARY

The improvement of knowledge in the process of health–disease of decay and periodontal disease, morbities of the biggest prevalence in the mouth cavity, has showed that bouth can be prevented.

The universality model of periodontal desease gave place to one vision that is in accordance with the occurrence of only 5 to 20% of advanced periodontitis.

This reduction is associated with a complex interaction between bacterial infection and host response, acting the risk factors (stress, smoke, diabetes, hormonal disorders, and others.) significantly in the process and establishment of disease progression.

If one hand is clear in the dentist frequently speech the fact that the population is poor , is not interested themselves, so treat the teeth can not be a priority ; in the other hand the dentist has the responsibility to perform diagnostic and elaborate treatment planning, consequently the knowledge about the variety dimension of periodontal diseases (etiology, diagnostic, clinical features, prevention and treatment) is indispensable.

The purpose of this study was to examine by the questionnaire the knowledge of the dentist about the periodontal aspects. To this research 221 dentists answered the

questionnaire, the ones who were participating from the EAP/APCD courses (Santo André São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul) at December 2002.

The results of this study showed that the level of knowledge of these professionals in every proposed dimension studied varied between good and excellent, therefore this knowledge may not be concluded as a higher good health condition of the ABC community, evidencing a paradox: Brasil has approximately 11% of dentists from of the world, but in spite of this is known as a toothless country.

Future issues are necessary in order to know if the assimilated knowledge has been put in practice. Furthermore, to study criteriously the curriculum of university, redirecting the formation, utilization and distribution of the human resources, considering epidemiologic features, in order to get a improvement in oral health of the population.

Uniterms: periodontal disease, health promotion, human resources, knowledge.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Saúde – Doença.....	2
1.2 Promoção de Saúde.....	4
1.3 Saúde Bucal e Promoção de Saúde.....	7
1.4 Saúde Bucal e Práticas Coletivas de Saúde.....	10
1.5 Cárie Dental.....	11
1.6 Processo Saúde – Doença Periodontal.....	16
1.7 Doenças Periodontais e Epidemiologia.....	18
1.8 Odontologia e Recursos Humanos.....	28
2. CONHECIMENTO.....	39
3. OBJETIVOS.....	42
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	43
4.1 Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas sobre Doenças Periodontais.....	44
4.2 Etiologia das Doenças Periodontais.....	53
4.2.1 Fatores de Risco.....	55
4.3 Diagnóstico das Doenças Periodontais.....	59
4.4 Características Clínicas das Doenças Periodontais.....	60
4.5 Prevenção das Doenças Periodontais.....	62
4.6 Tratamento das Doenças Periodontais.....	67
5. METODOLOGIA.....	68
5.1 População e Local de Estudo.....	69
5.2 Variáveis estudadas.....	68
5.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	71

5.4 Operacionalização da Coleta de Dados.....	72
5.5 Tratamento dos Dados.....	74
6. RESULTADOS.....	75
6.1 Número de Questionários Respondidos.....	75
6.2 Caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao perfil do informante...76	
6.3 Caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao conhecimento.....	88
7. DISCUSSÃO.....	93
8. CONCLUSÃO.....	104
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da APCD de Santo André.....	I
Anexo 2 – Autorização da APCD de São Bernardo do Campo.....	III
Anexo 3 – Autorização da APCD de São Caetano do Sul.....	V
Anexo 4 – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.....	VII
Anexo 5 – Termo de Consentimento.....	IX
Anexo 6 – Questionário.....	XI
Anexo 7 – Gráficos.....	XIX

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1: Proporção de ACD-THD:CD no município de São Caetano do Sul.....35

Gráfico 2: Proporção de ACD-THD:CD no município de São Bernardo do Campo
.....35

Gráfico 3: Proporção de ACD-THD:CD no município de Santo André.....36

Tabela 1: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.....75

Tabela 2: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a formação profissional em dezembro de 2002.....77

Tabela 3: Distribuição por (APCD) do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a formação profissional em dezembro de 2002.....77

Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o tempo de atividade profissional em dezembro de 2002.....78

Tabela 5: Distribuição por (APCD) do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o tempo de atividade profissional em dezembro de 2002.....79

Tabela 6: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a faixa etária, no mês de dezembro de 2002.....81

Tabela 7: Distribuição por (APCD) do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a faixa etária, no mês de dezembro de 2002.....82

Tabela 8: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o sexo, no mês de dezembro de 2002.....83

Tabela 9: Distribuição por (APCD) do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o sexo, no mês de dezembro de 2002.....84

Tabela 10: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a realização de cursos prévios. Dez/2002.....85

Tabela 11: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a natureza dos cursos realizados posteriormente a graduação. Dez/2002.....86

Tabela 12: Distribuição das especialidades mais procuradas pelos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.....87

Tabela 13: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre etiologia das doenças periodontais Dez/2002.....88

Tabela 14: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre diagnóstico das doenças periodontais Dez/2002.....89

Tabela 15: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre características clínicas das doenças periodontais. Dez/2002.....90

Tabela 16: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre tratamento das doenças periodontais. Dez/2002.....91

Tabela 17: Distribuição do número e porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas (APCD)s de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre prevenção das doenças periodontais. Dez/2002.....92

Relação dos gráficos inseridos como anexo

Gráfico 4: Distribuição da porcentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XX

Gráfico 5: Distribuição da percentagem de cirurgiões dentistas quanto à formação na procura de cursos nas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XX

Gráfico 6: Distribuição segundo a formação profissional dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXI

Gráfico 7: Distribuição da percentagem segundo o tempo de atividade profissional dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXI

Gráfico 8: Distribuição da percentagem segundo a idade dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXII

Gráfico 9: Distribuição segundo o sexo dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXII

Gráfico 10: Distribuição segundo a natureza dos cursos prévios realizados pelos cirurgiões dentistas que estavam inscritos nos diversos APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXIII

Gráfico 11: Distribuição das especialidades mais procuradas pelos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.....XXIII

Gráfico 12: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre a etiologia das doenças periodontais, em dezembro de 2.002.....XXIV

Gráfico 13: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre diagnóstico das doenças periodontais, em dezembro de 2.002.....XXV

Gráfico 14: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre as características clínicas das doenças periodontais, em dezembro de 2.002.....XXV

Gráfico 15: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre tratamento das doenças periodontais, em dezembro de 2.002.....XXVI

Gráfico 16: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre a prevenção das doenças periodontais, em dezembro de 2.002.....XXVI

1. INTRODUÇÃO

O dentista pode desempenhar diferentes papéis na busca da redução e controle das doenças bucais, onde a cárie e a doença periodontal se constituem nos principais problemas de saúde pública.

Em tempos onde se faz presente o declínio da cárie, acredita-se que as doenças periodontais devam ocupar o foco de atenção dos profissionais de saúde bucal (OPPERMAN e RÖSING 1999).

Num contexto onde predomina o modelo de Promoção de Saúde, tal afirmação exige que, num primeiro momento, algumas questões sejam abordadas. Assim torna-se necessário:

- introduzir algumas considerações conceituais sobre o que vem a ser saúde e doença;
- determinar, num contexto histórico, a origem da Promoção de Saúde e sua inter-relação com a saúde bucal;
- situar a saúde bucal junto às práticas coletivas de saúde;
- fazer um breve histórico a respeito do problema cárie;
- introduzir a questão do processo saúde – doença periodontal;
- abordar a questão dos recursos humanos.

1.1 Saúde - Doença

Saúde e Doença são termos etimologicamente antagônicos, a ponto de saúde ter sido definida como ausência de doença por muitas décadas. A faixa de separação entre saúde e doença é impossível de traçar (CHAVES 1986). Portanto, esta definição tem sido insuficiente para traduzir os vários fatores que interferem sobre o estado de saúde, pois as doenças eram explicadas sob a ótica de uma perspectiva biológica, não evidenciando uma interação entre fatores físicos e sociopsicológicos (MOYSÉS e WATT 2000).

Para suplantiar esta definição, tão restrita, a Organização Mundial de Saúde definiu: “Saúde é um completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (CHAVES 1986, p. 5), onde segundo CHAVES (1986), os dois primeiros componentes (bem estar físico e mental), estão sob a responsabilidade da medicina, ao passo que o bem estar social se encontra sob a responsabilidade de outras atividades além das chamadas profissões de saúde, tais como a nutrição, a educação, a moradia, a recreação, transporte, entre outros.

Este conceito, sendo o mais conhecido, tornou-se universal, apesar das críticas de alguns autores que o consideram utópico (CHAVES 1986; NARVAI 1999a).

De acordo com NARVAI, 1999: “um “completo bem estar físico, mental e social” é uma condição difícil, senão impossível de se alcançar”.

Hanton, citado por CHAVES (1986, p. 5) e NARVAI (1999, p.3), em seu livro: *Principles of Public Health Administration*, de 1955, afirma que o conceito de saúde proposto pela OMS, representa mais uma declaração de princípios do que propriamente uma definição”.

Segundo CHAVES (1986), saúde e doença se constituem num processo dinâmico, onde o máximo de saúde seria dado pela plenitude e harmonia das funções físicas, pelo equilíbrio sereno dos processos mentais e o desempenho eficiente das atividades sociais. À medida que esse equilíbrio se rompe, devido a uma interação entre indivíduo, meio e sociedade, comprometendo em graus variados suas funções, instala-se a enfermidade. Em razão destas constantes inter-relações que se processam no decorrer da vida de qualquer indivíduo, torna-se difícil ou até mesmo impossível identificar até que ponto existe saúde e a partir de que ponto surge a doença.

Acreditava-se que os grandes avanços que vinham se observando na área da medicina, durante grande parte do século XX, seriam capazes de proporcionar saúde para todos. Mas esta abordagem tradicional, conhecida como modelo biomédico, a partir dos anos 60 e 70 passou a ser questionada, enfatizando a importância das condições de vida para obtenção de saúde (MOYSÉS e WATT 2000).

Mackeown, um dos mais importantes críticos deste modelo tradicional, ao analisar informações sobre mortalidade e morbidade na Inglaterra do século XIX até o momento, verificou que os fatores associados à melhoria da saúde eram sociais e ambientais, e não médicos (MOYSÉS e WATT 2000).

Este questionamento, segundo estes mesmos autores, esteve presente ao longo de boa parte do século XX, provocando uma inquietação tanto em países ricos como em países emergentes, como o Brasil, que acreditavam numa visão biológica para controlar e prevenir doenças, tanto gerais quanto bucais, e que agora estavam diante de um colapso no sistema de saúde baseado neste modelo, até que um novo pensamento passou a fazer parte das estratégias em saúde, nas quais condições sociais, estruturais, políticas e econômicas foram e têm sido incorporadas, permitindo que a noção de Promoção de Saúde fosse sentida (MOYSÉS e WATT 2000).

1.2 Promoção de Saúde

Em 1974, Lalonde lançou o conceito de Promoção de Saúde, ao expressar o reconhecimento de que muitas mortes e doenças são resultado de desigualdades em cuidados de saúde, estilos de vida ou fatores comportamentais, poluição ambiental e características biofísicas. Lalonde, ainda motivou a compreensão de que mudanças no estilo de vida e no ambiente como um todo, seriam necessárias para melhorar a condição de saúde das pessoas (MOYSÉS 1999; KAVANAGH 1998; MOYSÉS e WATT 2000).

Em 1977, influenciado pelo relatório Lalonde, a Organização Mundial de Saúde lançou o slogan “Saúde para Todos no ano 2.000”, sugerindo uma série de mudanças socioeconômicas além de estabelecer uma série de precondições para alcançar saúde para

todos; mudanças e propostas estas que foram reforçadas e estendidas pela Declaração de Alma Ata, em 1978 (MOYSÉS e WATT 2000).

O enfoque desta Conferência centrava-se no papel da educação em saúde e cuidados primários em saúde, enfatizando os serviços médicos de atenção básica. Por outro lado negligenciava aspectos inerentes à equidade, intersectoriedade e envolvimento da comunidade (MOYSÉS 1999; MOYSÉS e WATT 2000).

A partir dos anos 80, a promoção da saúde foi se definindo como um movimento social e político a partir de uma série de conferências e declarações em Promoção de Saúde (MOYSÉS e WATT 2000).

A primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde ocorreu em 1986, em Ottawa (Canadá). Durante esta Conferência explicitou-se um conceito extremamente amplo de saúde, levando a OMS a refletir como se poderia atingir o que a mesma conceituava como saúde, ou seja, **como** alcançar um completo estado de bem estar físico, mental e social. Como consequência desta Conferência, Europa e Estados Unidos se organizam e criam as chamadas “Cidades Saudáveis”, incorporando o tema qualidade de vida à área da saúde. Este aspecto contribuiu para que uma visão mais ampla fosse incorporada às colocações da Conferência de Alma Ata (1978) e das metas *Saúde para todos no ano 2000*, da Organização Mundial de Saúde (MOYSÉS 1999; MOYSÉS e WATT 2000).

As subseqüentes Conferências em Promoção de Saúde de Adelaide, Sundsvall e Jakarta, respectivamente realizadas em 1988, 1991 e 1997, além de reforçarem a discussão sobre influências ambientais na saúde, enfatizaram a importância da organização social e

das estruturas definidas por políticas de saúde. E ainda, deram destaque para a criação de ambientes físicos, sociais e econômicos apropriados para a saúde, entendidos como ambientes adequados e compatíveis com desenvolvimento urbano sustentável (MOYSÉS e WATT 2000).

Também no Brasil tem-se reforçado a importância da melhoria das condições de vida, por meio da criação de ambientes que favoreçam saúde e que permitam às pessoas resistirem à instalação de doenças através de mudanças dos modos e padrões de vida (MOYSÉS e WATT 2000).

Dentro deste contexto de Promoção de saúde, engaja-se a saúde bucal, tornando-se parte integrante e integrada ao cidadão saudável, onde a participação dos profissionais de saúde assume papel fundamental.

Após um breve histórico sobre a origem da Promoção de Saúde, no decorrer de uma série de transformações políticas e sociais, várias definições foram propostas, permitindo aqui destacar aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde (MOYSÉS e WATT 2000, p.11):

“Promoção de Saúde representa um conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade de mudanças nos modos e condições de vida para promover saúde. Promoção de saúde representa uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável”.

(OMS, 1987)

1.3 Saúde Bucal e Promoção de Saúde

Como visto, saúde significa um estado do indivíduo, não existindo, portanto saúdes parciais. O conceito de saúde parcial serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde (CHAVES 1986 p.6).

CHAVES, em 1986, afirma que a responsabilidade do dentista inclui, além dos dentes, as estruturas adjacentes que o suportam, e certas porções da cavidade bucal, e que este conjunto em harmonia, só tem significado se estiver associado à saúde geral do indivíduo.

Acreditar que os portadores de doenças bucais estejam menos doentes que os que apresentam condições patológicas em “áreas mais nobres” é ter uma visão dentária da odontologia definitivamente incompatível com as responsabilidades e as atribuições atuais dos dentistas (CHAVES 1986).

Desde o início, a prática das profissões de saúde sempre foi direcionada no sentido do diagnóstico e tratamento das enfermidades, onde a expressão “arte de curar” era freqüentemente atribuída à profissão médica, traduzindo sobremaneira seu enfoque curativo. A mesma concepção foi dada à odontologia, que em sua gênese recebeu orientação predominantemente curativa e reparadora, direcionando todos os seus esforços e energias para o desenvolvimento de refinamentos técnicos e tecnológicos para as suas práticas operativas, em detrimento do estudo e da compreensão dos diferentes eventos biológicos relacionados com o processo saúde-doença que se desenrolam na boca (CHAVES 1986, p.9; BOTAZZO 1994; OPPERMAN e RÖSING 1999; WEYNE 1999).

Apesar do sentido curativo estar presente no ensino, gradativamente os conceitos de promoção e prevenção, começam a ser incorporados e a receber ênfase nos cursos de formação profissional (CHAVES 1986, p.9).

O tratamento centrado na doença, baseado num paradigma cirúrgico-restaurador, cuja atenção se baseava exclusivamente em procedimentos operatórios, começou a sentir sinais de sua ineficácia, por volta dos anos 60 e 70 no que concerne à elevação de saúde bucal dos pacientes (MALTZ e CARVALHO 1999; MOYSÉS e WATT 2000).

Esta forma de assistência odontológica se concentrava apenas no resultado das doenças mediadas por placas bacterianas, isto é, nas lesões, deixando, portanto, intocadas, as suas verdadeiras causas (PAGE 1998; OPPERMAN e GOMES 1999).

Não sendo capaz de controlar as doenças bucais nem mesmo de impedir que as pessoas tratadas viessem a perder todos ou quase todos os seus dentes na meia-idade, significa dizer que os procedimentos operatórios geravam apenas um ciclo restaurador repetitivo determinando apenas um aumento das necessidades em detrimento de uma atenção que deveria ser dada às causas das doenças (MALTZ e CARVALHO 2000; OPPERMAN e RÖSING 1999).

Este paradigma cirúrgico restaurador está, portanto, cedendo espaço gradualmente a um outro tipo de atenção profissional, cuja ideologia é a prevenção das doenças e a promoção de saúde, imprimindo a esta ideologia a questão do estilo de vida das pessoas,

que tem considerável peso como condicionante do desequilíbrio do processo saúde-doença (CHAVES 1986; SAKKI e col. 1995; WEYNE 1999; MOYSÉS e WATT 2000).

A Organização Mundial da Saúde, em 1954, reuniu um grupo de consultores que enumerou uma série de doenças ou grupos de doenças que constituem riscos para a saúde bucal. São elas: cárie dentária, periodontopatias, maloclusões, lábio leporino ou goela de lobo e câncer bucal, sem o intuito, no entanto, de estabelecer uma ordem de importância (CHAVES 1986).

Para que um problema de saúde seja considerado como problema de saúde pública deve preencher três condições essenciais, segundo Sinai (CHAVES 1986, p.24). Ou seja, quando:

- constitui causa comum de morbidade ou mortalidade;
- existem métodos eficazes de prevenção e controle;
- tais métodos não estão sendo utilizados de modo adequado pela comunidade.

Assim, uma vez determinado um problema em uma determinada comunidade, sua ordem de importância se seguirá de acordo com seu significado social (CHAVES 1986).

Um conjunto de critérios estabelece a prioridade relativa dos problemas de saúde pública, a saber: número de pessoas atingidas, seriedade do dano causado, possibilidade de atuação eficiente, custo per capita e grau de interesse da comunidade (CHAVES 1986).

Uma série de variáveis está associada à saúde bucal, tal como o consumo de açúcar, o controle da placa bacteriana, a exposição a fluoretos, a procura aos serviços de saúde, e ainda o consumo excessivo de álcool e fumo. Todas estas variáveis são passíveis de modificação individual na tentativa de se obter o controle da instalação e progressão das alterações de saúde bucal, porém conservam uma clara influência dos fatores sociais, constituindo, portanto, em problemas de saúde pública (CHAVES 1986, SAKKI e col. 1995).

1.4 Saúde Bucal e Práticas coletivas de saúde

De uma forma geral, atenção e assistência constituem-se em práticas de saúde bucal, onde a primeira pode ser definida como o conjunto de ações relacionadas direta ou indiretamente com a saúde bucal, numa perspectiva pública/coletiva, o que implica no desenvolvimento de práticas não odontológicas, porém de alto impacto epidemiológico sobre as doenças bucais; já a segunda, representa o exercício integral das práticas clínicas. Ao centralizar a figura do cirurgião dentista, cuja atividade é de cunho eminentemente curativo e voltado ao tratamento dos processos já instalados, define-se um modelo de prática ainda hegemônico, que tem sido questionado há vários anos por apresentar um caráter excludente, de altos custos, baixo impacto social, baixa resolutividade, e além de tudo, iatrogênico (SÃO PAULO 1995).

O que se propõe para superar este modelo é uma abordagem baseada em racionalidade epidemiológica; com ênfase em ações de natureza coletivas e incorporação de pessoal auxiliar à equipe de saúde bucal (CNSB 1986 e 1993, NARVAI e col. 1990, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 1994).

As ações de natureza coletiva compreendem atividades de educação em saúde e procedimentos profilático-preventivos de controle da cárie e da doença periodontal, desenvolvidas pela rede de unidades básicas em cada município. Entretanto, para tais ações, as tecnologias odontológicas têm se mostrado incompetentes (BOTAZZO 1994).

1.5 Cárie Dental

A cárie dentária tem afetado a humanidade desde sua pré-história (MALTZ e CARVALHO 1999). O diagnóstico e tratamento da doença passou por grandes modificações nas duas últimas décadas. Uma delas como já visto, foi a substituição da chamada “era da odontologia restauradora”, onde o diagnóstico e o tratamento eram baseados quase que exclusivamente no reparo da lesão estabelecida, para uma odontologia de promoção de saúde (MALTZ e CARVALHO 1999, OPPERMAN e GOMES 1999).

Tem-se observado ao longo dos anos uma sensível queda na prevalência da cárie dental entre crianças, de alguns países industrializados, com uma magnitude da ordem de 30 a 50% ao longo de um período de tempo inferior ao de uma geração, cujos fatores que contribuíram para esta redução foram: disponibilidade de fluoretos na forma de dentifícios

fluoretados; disponibilidade de cuidados odontológicos; aumento da consciência odontológica (associado a uma crescente utilização dos serviços odontológicos) e uma postura preventiva adotada pelos profissionais (PINTO 1990).

Levantamentos epidemiológicos freqüentes realizados no Reino Unido, na década de 70 mostram reduções na prevalência de cárie entre crianças em torno de 32 e 57%. O percentual de pessoas aos 5 anos de idade, livres de cárie, que era de 20% em 1964 passou para 26%, em 1974, e repentinamente saltou para 49% em 1980. A melhora de 6% verificada ao longo dos dez anos iniciais poderia ser explicada por uma maior consciência odontológica, mas, os 23% adicionais, obtidos em apenas seis anos, sugeria a intromissão de um novo fator na equação, representado pela venda de dentifrícios fluoretados, que na Inglaterra ocupava apenas 4% do mercado em 1970 e 95% em 1980 (PINTO 1990).

Não se pode afirmar que o uso de pastas dentais tenha colaborado integralmente na redução da prevalência de cárie nos países industrializados, mas é possível admitir que a súbita melhora está relacionada com o seu crescimento (PINTO 1990).

Já no Brasil, as condições de saúde na década de 80, sofriam sérias conseqüências em função de uma crise econômica que se abatia sobre o país. Os índices de ataque à cárie entre crianças e adolescentes mantinham-se entre os mais elevados do mundo, apesar do grande incremento no número de cirurgiões dentistas verificado nos últimos anos (PINTO 1990).

Um levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986 (CNSB 1986), visou estudar: problemas de cárie dental, doença periodontal, necessidade de prótese total e ainda procura de atenção odontológica. Foram estudados grupos de 6-12 anos; 15-19 anos; 35-44 anos e 50-59 anos, segundo a renda familiar (até 2 salários mínimos, mais de 2 e menos de 5 salários mínimos e mais de 5 salários mínimos).

Dados sobre a cárie dental mostraram que todos os grupos apresentaram índice CPO-D¹ elevado, onde os valores mais baixos estavam representados pelas classes mais favorecidas (PINTO 1990, 1999).

Os dados obtidos ainda se encontravam distantes daqueles propostos pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Dentária Internacional (OMS-FDI 1982a), ou seja:

- apenas 19,5% das pessoas compreendidas entre 3 e 12 anos apresentavam um índice CPO-D no máximo de 3;
- a meta de 85% para a conservação de todos os dentes estava muito distante dos 32% obtidos.

As maiores necessidades de tratamento (dentes cariados e com extração indicada) pertenciam aos grupos de 6 a 9 anos (72% do índice CPO-D) e 10 a 12 anos (62% do índice CPO-D), decrescendo a partir daí, chegando aos 8% no grupo de 50 a 59 anos, quadro este que se deve ao gradativo aumento do número de dentes extraídos, o que caracteriza uma

¹ CPO-D índice universalmente utilizado para estudos epidemiológicos de cárie dental avaliando a unidade dente, onde C (cariado), O (obturado), P (perdido).

situação típica de país não desenvolvido, no qual as atividades curativas são predominantes (PINTO 1990).

Evidenciou-se, por este levantamento que o maior acesso à atenção odontológica ocorre nos grupos de melhores condições de vida. As pessoas com renda mais alta apresentavam mais dentes obturados e menos cariados, quadro epidemiológico este que se invertia para as pessoas de renda mais baixa que apresentavam menos dentes obturados e mais dentes cariados (PINTO 1990; BOTAZZO 1994).

Já em 1996, a experiência de cárie em criança de 12 anos havia diminuído para um CPOD de 3,1 contrastando com os 6,7 encontrados em 1986, apresentando, portanto uma redução de 47% (MARCENES e BÖNECKER 2000).

Este dado contraria a declaração da OMS de que a prevalência de cárie está diminuindo em países desenvolvidos e aumentando em países em desenvolvimento. Alguns poucos estudos realizados em municípios brasileiros confirmam que a prevalência e a severidade da cárie estão diminuindo no Brasil (MARCENES e BÖNECKER 2000).

Dados de um levantamento das condições de saúde bucal da população feito no Estado de São Paulo (FSP-USP 1998), quando analisada a questão da cárie dentária mostram que esta apresentou uma expressiva redução de 32,7% entre os anos de 1998 e 2002. Em 1998, o índice CPO-D aos 12 anos era de 3,7 reduzindo-se para 2,5 em 2002. Vale lembrar que nesta mesma idade, na pesquisa nacional de 1986, evidenciava-se um índice de 6,0. O mesmo quadro positivo não pode ser feito para os outros grupos etários,

pois o grupo de 15 a 19 anos mostrou um índice CPO-D de 6,4; os adultos mostraram um índice de 20,3 e os idosos, 28,2, traduzindo a necessidade de priorizações (FSP-USP 1998).

Apesar da cárie ter-se tornado o principal problema de saúde pública (CHAVES 1986), em função do aumento de consumo de açúcar refinado, após a Idade Moderna (THYLSTRUP e FEJERSKOV 1994), com destaque para o Brasil, principal produtor de cana de açúcar (CHAVES 1986), evidencia-se um crescente avanço técnico e metodológico para diagnóstico e tratamento da cárie, favorecendo sobremaneira um declínio na sua prevalência e severidade (THYLSTRUP e FEJERSKOV 1994; MALTZ e CARVALHO 1999; WEYNE 1999; MARCENES e BÖNECKER 2000).

Em um levantamento epidemiológico realizado pela DIR-2 (Diretoria Regional de Saúde do Grande ABC) da Secretaria de Estado da Saúde, e secretarias municipais, em 2002, a região apresentou um índice CPO-D para crianças de 12 anos de 2,1 (abaixo da meta estabelecida pela OMS-FDI 1982a). Por outro lado, ao examinar 1566 pessoas, separados por idade, evidenciou um índice CPOD de 6,05 na idade de 18 anos. Na faixa etária compreendida entre 35 e 44 anos, o índice foi de 20,56 e no grupo da Terceira Idade, de 65 a 74 anos, o CPOD saltou para impressionantes 28,86 dos quais 27,19 perdidos, significando dizer que nesta faixa etária as pessoas já apresentavam 27 dentes ausentes (NORBERTO 2003).

1.6 Processo Saúde - Doença Periodontal

As doenças periodontais se enquadram dentre aquelas doenças da idade madura, ou seja, fase das doenças crônicas, onde a cárie ainda representa sua causa indireta (CHAVES 1986; OPPERMAN e RÖSING 1999).

Assim como não é possível aceitar saúdes parciais (CHAVES 1986), a periodontia, que visa o estudo das estruturas adjacentes ao dente, ao contrário do que se poderia pensar a respeito de uma especialidade da Odontologia, transcende aquela visão restauradora e se remete a uma visão de promoção de saúde, enxergando o paciente como um ser integral, que além de gengivas, apresenta boca e corpo inseridos no contexto da sociedade (OPPERMAN e RÖSING 1999).

O entendimento dos processos saúde - doença alteraram totalmente a forma de abordagem clínica das patologias bucais. As doenças periodontais, assim como a cárie, deixaram de ser tratadas de uma forma simplista, sendo consideradas não apenas como doenças, mas também como processos saúde - doença, dinâmicos onde saúde e doença se apresentam como componentes interativos e dependentes ao longo da vida do indivíduo. A cárie, por exemplo, hoje, com o desenvolvimento da cariologia pode ser diagnosticada muito antes que se observe uma cavitação (THYLSTRUP e FEJERSKOV 1994; MALTZ e CARVALHO 1999; OPPERMAN e RÖSING 1999).

Da mesma forma, as doenças periodontais, antes apenas abordadas quando da presença de sinais avançados de alterações de forma e função, hoje à luz do conceito de promoção de saúde, são entendidas como doença infecciosa e as alterações de forma e função são agora consideradas seqüelas da mesma (OPPERMAN e RÖSING 1999).

O processo saúde – doença periodontal pode apresentar vários estágios com diferentes padrões de evolução e de manifestações clínicas, onde o acúmulo de placa bacteriana, as diferentes respostas do hospedeiro e sua susceptibilidade são os responsáveis pelas variações clínicas (CARRANZA 1979; LASCALA e MOUSSALLI 1981; GENCO 1993; LINDHE 1997; OPPERMAN e RÖSING 1999).

O conceito a respeito da natureza das doenças periodontais e o modo como têm sido prevenidas, diagnosticadas e tratadas estão passando por mudanças marcantes. O papel das bactérias é muito diferente daquele que se pensava previamente; são hoje, os fatores do hospedeiro, os grandes determinantes na presença e na progressão da doença, bem como na destruição dos tecidos (PAGE 1998). Essas modificações se refletem na maneira de abordar a doença, ou seja, abandonando-se uma era do “encontre o problema e resolva-o” para uma era de prevenção, manutenção e promoção de saúde (SHEIHAM e MOYSÉS 2000).

Duas formas clássicas são descritas como manifestações do processo saúde – doença periodontal: as gengivite e as periodontites. As gengivites são manifestações inflamatórias na gengiva marginal desencadeadas pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival; ao passo que as periodontites são caracterizadas por inflamação dos tecidos

de sustentação dos dentes, acompanhada por perda de inserção de tecido conjuntivo, a partir da agressão pela placa bacteriana subgengival (OPPERMAN e RÖSING 1999).

1.7 Doenças Periodontais e Epidemiologia

A epidemiologia tem por objetivo identificar as causas das doenças a fim de aplicar seus resultados no controle dos problemas de saúde (MAERCENES e BÖNECKER 2000).

Existem três tipos de investigações epidemiológicas: descritiva, analítica e experimental. Sob o ponto de vista das doenças periodontais, os estudos epidemiológicos descritivos têm a finalidade de observar e documentar sua presença, progressão e distribuição em populações, relacionando o hospedeiro susceptível e o agente agressor, permitindo desta forma conhecer um pouco melhor a história natural da doença, sua prevalência e determinantes (LÖE e col. 1965; LÖE e col. 1978; GREENE 1993).

Já os estudos analíticos são empregados para investigar as hipóteses derivadas dos estudos epidemiológicos descritivos ou outras fontes de dados como observações clínicas ou publicações estatísticas (GREENE 1993).

Por fim, a Epidemiologia Experimental é empregada para provar as hipóteses após a introdução de um agente preventivo ou terapêutico, ou medir e comparar observações simultâneas realizadas em grupo teste e grupo controle (GREENE 1993).

A renovação do compromisso da epidemiologia com a humanidade, impõe, não só a análise de fatores de risco, mas também a incorporação de modelos de fragilização, referidos a grupos com seus respectivos estilos/ condições de vida, com um suporte de valores e atitudes (MOYSÉS 1999).

Do ponto de vista epidemiológico, a periodontite, quanto à sua prevalência, parece ter sofrido marcantes mudanças ao longo dos últimos 40, 50 anos (PAGE 1998).

VIEGAS (1965), em seu livro *“Odontologia Sanitária”*, dedica um capítulo aos *“Aspectos preventivos das doenças periodontais”*. Logo no início do capítulo coloca que as causas mais importantes da perda de dentes são: a cárie e a doença periodontal, constituindo esta última em um dos maiores riscos para a saúde bucal.

Segundo VIEGAS (1965), as doenças periodontais constituem a causa predominante de perda dentária envolvendo a população adulta, a partir da meia idade.

Estudos feitos por RUSSEL (VIEGAS 1965, p.13), analisando a epidemiologia da doença periodontal e a distribuição geográfica, concluiu que nos Estados Unidos a prevalência da doença é ligeiramente maior no sexo masculino do que no feminino, e maior também na raça negra do que na branca. Sob o ponto de vista da severidade não houve diferença entre os grupos estudados, constituindo, portanto, uma certa comparabilidade.

Na Índia, a prevalência da doença periodontal é maior que nos Estados Unidos, iniciando-se nas idades mais jovens e evoluindo mais rapidamente e com maior perda óssea em todos os grupos etários (VIEGAS 1965).

Nas áreas do Pacífico, a doença periodontal também foi observada desde as idades mais jovens. Ao estudar um grupo de polinésios, DAVIES (VIEGAS 1965, p.19) observou que dentre as pessoas examinadas, 45% apresentavam algum sinal de doença periodontal. Concluiu em seu estudo que os habitantes das ilhas do Pacífico geralmente são muito susceptíveis à doença periodontal.

Na África, segundo um resumo da literatura feito por DODDS (VIEGAS 1965, p.20), a doença periodontal também é prevalente, mas entre os nativos do leste da África, ela é menos prevalente do que entre outras raças. Estes dados se assemelham às informações fornecidas por ENWONWU (PINTO 1990, p. 183), segundo o qual a prevalência e severidade das patologias do periodonto são relativamente altas na África, com pronunciadas diferenças entre áreas geográficas e grupos sócio-econômicos distintos. Em algumas áreas da África, a evolução das doenças periodontais se apresenta de forma peculiar, evidenciando índices elevados de suas formas mais leves e reduzidos quanto às formas mais graves.

Na América do Sul, VIEGAS, 1965, relatou que pouco se sabia sobre as doenças periodontais, na ocasião. O mesmo autor cita um trabalho de Vivone destacando que na Argentina, jovens do sexo masculino, com 16 anos e do sexo feminino, com 15 anos, apresentavam gengivite em 36% e 28%, respectivamente.

Na Europa, segundo LOSS (VIEGAS 1965, p.21), as porcentagens de prevalência variavam de 9 a 50%.

VIEGAS, em 1965 afirmava que dois padrões importantes na doença periodontal são óbvios ao analisar sua distribuição geográfica: o número de pessoas afetadas aumenta com a idade, e com este aumento em número, há em média um aumento concomitante na severidade. Além disso, nos indivíduos susceptíveis, o início da doença pode ser observado desde a puberdade. Relata ainda, que as doenças periodontais afetam ambos os sexos, tendo-se, entretanto, observado em diversos estudos, uma maior freqüência da doença no sexo masculino do que no feminino.

Ao examinar um grupo de trabalhadores da indústria, ARNO e col. (VIEGAS 1965, p.23), concluíram que a maior incidência de gengivite entre eles podia ser atribuída mais à higiene deficiente do que a fatores relacionados com o local de trabalho e ainda, que homens e mulheres eram acometidos na mesma porcentagem desde que tivessem a mesma ocupação, a mesma higiene, o mesmo consumo de tabaco e que pertencessem à mesma faixa etária.

Um outro estudo realizado em Birmingham, Alabama, conduzido por Russel e Ayers, associando educação, ocupação, necessidade relativa para odontologia restauradora e presença ou ausência de indutos orais mostrou que este último, constituiu-se o fator mais prejudicial, e que este fator isoladamente foi suficiente para justificar as diferenças encontradas nas pessoas brancas e negras. Concluiu-se desta forma que, quanto mais alto é o nível de instrução, menor é o grau de doença periodontal (VIEGAS 1965, p.26).

As duas relações que podem ser encontradas, quase constantemente, nos estudos de populações, tais sejam, um maior grau de doença em pessoas do sexo masculino e um maior grau de doença nos negros do que nos branco norte-americanos, parece ser relações acidentais devidas primariamente a um nível melhor de higiene oral num grupo do que no outro (VIEGAS 1965).

Já em 1956, se expressava: “A prevenção, observação precoce e tratamento das doenças do periodonto são necessários para o gozo de ótima saúde”. Pessoas com doenças periodontais, se não forem tratadas, podem ficar sujeitas a infecções mais extensas, desconforto, dor e doenças de forma geral. Indivíduos com doenças periodontais muitas vezes apresentam halitose que os prejudica socialmente e, talvez, economicamente. Estados mais adiantados de doença periodontal resultam em função mastigatória prejudicada e, em virtude disso, podem verificar-se mudanças indesejáveis nos hábitos dietéticos (VIEGAS 1965).

Sabe-se que se não houver uma intervenção na evolução natural da cárie ou das doenças periodontais haverá em última instância a perda do elemento dentário afetado (VIEGAS 1965).

Vale lembrar ainda, segundo VIEGAS, que é necessário procurar, dentro dos conhecimentos atuais das doenças periodontais, e seguindo, as idéias de LEAVEL e CLARK (1958), interpor barreiras a fim de prevenir ou retardar a marcha daquelas doenças, para impedir que completem o ciclo determinado pela sua história natural (VIEGAS 1965).

Um estudo, conduzido por Cutress 1979, na Nova Zelândia, mostrou que somente 2% da população acima de 15 anos não apresentava doença gengival, 86% apresentava uma gengivite estabelecida e 12% , uma doença periodontal avançada (CROXSON 1984).

A universalidade da doença periodontal é freqüentemente citada (CROXSON 1984). Dados epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde, coletados internacionalmente, de 35 países, mostravam, quanto a doença periodontal, em pessoas na faixa etária dos 35 a 44 anos de idade:

- uma prevalência extremamente alta (acima de 75%) em 7 países;
- uma prevalência bastante alta (40 a 75%) em 13 países;
- uma prevalência alta (até 40%) em 15 países.

Vários outros estudos epidemiológicos confirmaram esta alta prevalência da doença, tais como o USA National Health Survey, conduzido em 1969 (74% da população tinha alguma forma de doença periodontal); um estudo de Sheiham (42% de uma população britânica adulta estava em estágios terminais de doença periodontal, e numa faixa etária crítica, de 45 a 49 anos, 79% desta população estava em estágios de perda de seus dentes). Um estudo de CUTRESS (1982), nas ilhas do Pacífico, mostravam uma prevalência de quase 100% de doença periodontal em adultos, porém com marcantes variações na severidade e no estabelecimento das formas mais destrutivas da doença (CROXSON 1984).

Destruição avançada é mais comumente observada em pessoas acima de 40 anos de idade, e quando sinais precoces da doença são incluídos, a prevalência é muito maior em todos os países (CROXSON 1984).

De acordo com AINAMO e AINAMO (1981), uma revisão da literatura sobre a epidemiologia das duas principais doenças revela uma abundância de estudos relacionados à cárie dental em crianças e doença periodontal em adultos, comparados com poucos estudos sobre a prevalência de cárie em adultos e doença periodontal em crianças. Ao acreditar que a situação da cárie em muitos países industrializados esteja melhorando, faz-se notório dedicar maior atenção às condições periodontais das crianças e iniciar a prevenção e tratamento nesta idade (por volta dos 10 anos), não por causa de uma destruição irreversível, mas sim em função de uma mudança de atitudes.

O período da dentição mista tem um importante papel no desenvolvimento do conhecimento da criança a respeito das atitudes relacionadas à saúde periodontal. Se uma criança, durante os anos da dentição mista cresce acostumada ao sangramento da gengiva, torna-se difícil convencê-la, mais tarde de que o sangramento é um sinal de inflamação gengival (AINAMO e AINAMO 1981).

No Brasil, as condições periodontais foram avaliadas, em 1986, segundo orientações preconizadas pela OMS, e utilizando os critérios estabelecidos para o Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal – CPITN – do inglês *Community Periodontal Index of Treatment Needs*, índice este desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em associação com a Federação Dentária Internacional (CROXSON 1984) cuja recomendação para uso foi publicada em 1982 (AINAMO e col. 1982; CUTRESS e col. 1987).

Os dados a respeito dos problemas periodontais (OMS 1986), mostraram uma elevada prevalência no país, ainda que nem tão grave quanto à diagnosticada no mundo desenvolvido. Em termos gerais, os brasileiros necessitavam de profilaxia e no máximo 7,4% (entre 50 e 59 anos) de tratamento cirúrgico (PINTO 1990).

Os dados relativos às condições periodontais obtidos pelo levantamento das condições de saúde bucal da população realizado em 2002 (FSP-USP 1998) mostram que, aos 5 anos de idade, 4,5% das crianças apresentavam sangramento gengival. Aos 12 anos de idade, 65,8% não apresentavam problemas periodontais, o mesmo acontecendo com 63,9% das pessoas entre 15 e 19 anos de idade. Já para os indivíduos entre 35 e 44 anos de idade, apenas 29,9% não apresentavam alterações periodontais.

Contrastando com dados relatados previamente, resultados de estudos conduzidos pelo “National Institute of Dental Research”, mostram que a Periodontite em sua forma moderada a severa afeta aproximadamente 13 a 15% dos americanos que pertencem à faixa etária compreendida entre 18 e 65 anos (PAGE 1998).

PAGE (1998) chega à conclusão de que apesar de nem todos os adultos apresentarem periodontite hoje, dezenas de milhões de pessoas nos Estados Unidos e centenas de milhões espalhados no mundo todo são afetados pela doença, e que, portanto, a periodontite permanece sendo um grande problema de saúde nos Estados Unidos e ao redor do mundo todo.

A percepção constatada no início dos anos 80, de que a prevalência de Periodontite não era universal, conduziu os clínicos e os pesquisadores num primeiro momento, a começar a olhar para a periodontite em termos de risco para identificar as características que pudessem distinguir aqueles indivíduos e grupos susceptíveis à periodontite daqueles não susceptíveis, ficando claro que a resposta do hospedeiro desempenha um amplo papel na patogênese, acreditando enfim que a modulação dos fatores do hospedeiro é uma nova e produtiva abordagem de prevenção e tratamento (PAGE 1998).

A conclusão de que apenas uma pequena porcentagem é acometida por doença periodontal severa deixa cair por terra a crença de que na presença de bolsa periodontal, ou seja, diagnosticada a periodontite, esta, se não tratada, evoluiria até a perda do elemento dental. Este conceito foi desmistificado por meio de um estudo conduzido por LÖE e col. 1982; onde um grupo de indivíduos com periodontite moderadamente severa foi examinado antes e após 6 anos sem que o tratamento tivesse sido instalado e concluiu que apenas 11% dos dentes tinham piorado.

O modelo de doença periodontal baseado numa universalidade cede espaço a uma visão atual que compactua com a ocorrência de apenas 5 a 20% de quadros de periodontite avançada, severa, mesmo embora a forma moderada afete a maioria dos adultos. Finalizam dizendo que a Periodontite é agora vista como resultado de uma complexa interação entre infecção bacteriana e resposta do hospedeiro, modificado por fatores comportamentais (AAP 1996).

É possível concluir que, de fato, a maioria das bolsas periodontais na maioria dos pacientes, em um determinado momento, não representam a doença ativa, e, portanto, a deterioração periodontal na maioria dos pacientes e na maioria dos sítios é episódica e infrequente (PAGE 1998).

Embora a Periodontite fosse estabelecida como sendo uma progressão inevitável da gengivite, hoje, acredita-se que esta possa progredir para a periodontite em pacientes susceptíveis (KAVANAGH 1998; ADAMS 1998). De acordo com os índices periodontais, que separam estas entidades, consideram estas condições, portanto, como mais representativas de processos de doença do que aqueles que avaliavam a periodontite somente como uma forma mais severa de gengivite (KAVANAGH 1998).

Embora a doença periodontal ainda seja a principal causa de perda dental em pessoas com mais de 40 anos de idade, a prevalência da perda dental parcial e total tem diminuído em todas as faixas etárias. Esta observação conduz, paradoxalmente ao aumento da prevalência da doença periodontal, uma vez que mais sítios estarão susceptíveis às alterações (KAVANAGH 1998).

Atenção deve ser dada à saúde oral dos adolescentes. No Reino Unido, um levantamento realizado em 1983 e, um segundo, em 1993, mostrou não haver aumento da prevalência de “bolsas” (profundidade de sondagem), em adolescentes de 15 anos. Por outro lado, o aumento do número de adolescentes fumantes pode alterar níveis futuros de doença periodontal (KAVANAGH 1998), o que significa que a susceptibilidade à doença

tem sido associada aos fatores de risco (ADAMS 1998), onde o fumo participa como fator decisivo.

KAVANAGH (1998) afirma de uma forma geral que a melhora da saúde geral e bucal ao longo das décadas, indica que clinicamente, a periodontite estará confinada a uma porção pequena da população. Este grupo incluirá os grupos de risco tais como os diabéticos, os imunologicamente debilitados, bem como os fumantes (KAVANAGH 1998).

O cirurgião dentista desempenha papel importante junto à comunidade atuando como vetor, ou seja, levando a informação correta à população quanto aos aspectos bucais, dos quais a etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e tratamento das doenças periodontais fazem parte. À medida que as informações são transmitidas com confiança, credibilidade, acredita-se, possam ser multiplicadas dentro de qualquer grupo populacional.

1.8 Odontologia e Recursos Humanos

Os primeiros cursos de odontologia foram criados no Brasil, no ano de 1884, nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (NARVAI 1999). Durante todo o século XX, mediado por acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização, a prática da odontologia no país foi se tornando complexa e concentrando elevada tecnologia, permitindo que o número de cursos se expandisse. Diante do crescente número

de cirurgiões dentistas (CD), foram criados, em 1964 o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os Conselhos Regionais (CRO), vinculados ao Ministério do Trabalho, cuja responsabilidade era fiscalizar o exercício profissional. Em 1966, a Lei 5081 regulamentou o exercício da odontologia no território brasileiro (NARVAI 1999).

PINTO (1990) afirma que o Brasil é o país que possui o maior número de cursos de formação de cirurgiões dentistas em todo o mundo e apesar disto continua criando novas escolas a cada ano. Segundo o mesmo autor eram 66 em 1982, 68 em 1984 e 79 em 1989. Em 1992, segundo FREITAS (1993), eram 84 escolas, sendo que, com raras exceções, direcionavam a formação com foco em uma base curativa.

Em 1993, a Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, versando sobre recursos humanos na Saúde Bucal, afirmava, por sua vez, que o Brasil contava com 86 cursos de formação em nível de graduação (CNSB 1993). Quanto ao número de dentistas, o Brasil, possuía em 1988, segundo FREITAS (1993), 11% de todos os dentistas do mundo.

Apesar do crescimento do número de profissionais, GARRAFA (1982), afirma que a situação de “saúde bucal” continua a mesma, e que a excessiva criação de novos cursos não tem sido acompanhada de modificações no que se refere à prática odontológica em níveis comunitários, mas por outro tem proporcionado um avanço significativo em equipamentos sofisticados.

O emprego de tecnologia associado às medidas de orientação curativista exercidas por profissionais altamente especializados estão dentro de princípios que os países subdesenvolvidos não podem suportar economicamente (TRAEBERT 1996). A adoção de

testes bacteriológicos, como contagem de microorganismos para avaliação de risco à cárie pode ser citado como exemplo, uma vez que representa uma tendência de importação de um modelo, ou mesmo de uma tecnologia empregada na Escandinávia (TRAEBERT 1996). Este quadro ainda mostra que os novos insumos tecnológicos não têm reduzido custos nem demanda por recursos humanos especializados (FREITAS 1993).

O mesmo quadro pôde ser observado em 1993, durante a Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, ao afirmar que apesar do incremento de 51% no número de profissionais habilitados para o exercício profissional, observado na última década, esta oferta de recursos humanos não proporcionara modificações na prevalência do quadro de morbidade bucal dos brasileiros (CNSB 1993).

Segundo GARRAFA (1982), as universidades brasileiras continuavam graduando seus recursos humanos para uma realidade que não existe, levando os jovens a terminarem seus cursos, prontos para atenderem preferencialmente às populações de renda elevada, decorrendo, portanto, uma contradição fundamental existente entre a teoria e a prática odontológica, permitindo que a Universidade continuasse formando recursos humanos dentro de uma linha elitista, na luta pela posse exclusiva do mercado odontológico, resistindo à delegação de funções (PINTO 1992), esquecendo, por fim, da realidade totalmente diferente que espera o profissional.

Ao considerar os recursos humanos em Odontologia inadequados devido à sua desvinculação das necessidades do país, já em 1986, durante a I Conferência Nacional de Saúde Bucal ampliavam-se as discussões a respeito da reorientação da formação de

recursos humanos de nível superior bem como a formação e utilização de pessoal de nível técnico (THD - técnico de higiene dentária e ACD - atendente ou auxiliar de cirurgião dentista), como forma de aumentar a produtividade e estender a cobertura (CNSB 1986; NARVAI e col. 1990).

Esta visão, após 11 (onze) anos, ainda permanecia, caracterizada pela dissociação entre o modelo formador e a realidade do Brasil, visto que a Universidade brasileira se encontrava alienada à realidade sócio-epidemiológica da população, onde dirigentes e docentes da área se mantinham em convivência (CNSB 1993).

Os cursos de pós-graduação em saúde bucal confirmam esta estrutura elitista e mercantilista, por visarem especializar mais o especialista, reforçando, portanto, o quadro de alienação frente à realidade nacional (CNSB 1993).

Quando se discute a formação do cirurgião dentista, o desafio, hoje, consiste na adequação do “currículo” acadêmico à realidade epidemiológica (PINTO 1992). Porém, o que se observa, ainda, tanto no Brasil quanto na América Latina, em geral, é uma formação tradicional e tecnicista, ou seja, tendo por preocupação o ensino de técnicas de trabalho odontológico e não a solução dos problemas bucais da população (PINTO 1992).

Segundo PINTO (1992), no mundo em desenvolvimento, torna-se inevitável a contenção de cursos de Odontologia e de vagas, visando igualar o crescimento profissional ao crescimento populacional, onde o “currículo” pode ser alongado a fim de retardar o

ingresso de mão de obra excedente no mercado, centralizando-se no combate aos problemas básicos como cárie e doença periodontal.

Um proporção razoável entre cirurgiões dentistas e número de habitantes, sugerida por Chaves em 1977 (NARVAI 1999, p.451) parecia ser aquela de 1 CD para 10.000 habitantes ou menos.

Segundo NARVAI (1999) não adianta analisar a questão dos recursos humanos, baseado apenas em proporções, mas sim levando em consideração a indesejável e grave distribuição dos cirurgiões dentistas baseada em fatores geográficos e socioeconômicos. No Distrito Federal, por exemplo, em 1992, de acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia, a proporção CD:habitantes era de 1:742, ao passo que, no Acre, a proporção era de 1:8.801.

No município de São Caetano, por exemplo, dados de 1992 mostram uma relação de 1:400, já, no ano de 2002, segundo dados do Conselho Regional de Odontologia (CRO – SP 2002) esta relação já era de 1:244. Quanto aos aspectos econômicos, uma comparação pode ser estabelecida entre Morumbi e Guaianazes, em São Paulo, e, entre Copacabana e Madureira, no Rio de Janeiro (NARVAI 1999).

Concluindo, PINTO (1992), afirma que 80% dos dentistas concentram-se no mundo industrializado.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, estima-se que aproximadamente 5 (cinco) por cento da população tenha condições de custear o tratamento

odontológico com uma frequência regular e outros 15 (quinze) por cento, irregularmente, permanecendo o restante, enfim, sem cobertura (BOTAZZO 1994; NARVAI 1994, 1999).

Em função de uma proporção boa CD:habitantes, faz-se mister rever a política de formação no Brasil, bem como a utilização de cirurgiões dentistas (NARVAI 1999), rompendo com uma visão extremamente tecnicizada e redutora, predominante nos processos de formação e incorporando conhecimentos e práticas sociais.

De acordo com PINTO (1990), caso modificações substanciais na política de saúde geral e específica não aconteçam, a área privada continuará predominante, não obstante uma maior proletarização da profissão e uma redução na qualidade de serviços poderão ocorrer face ao aumento demasiado no número de profissionais sem um correspondente aumento de renda por parte da população.

Já em 1992, PINTO ressalta a importância de se aplicar a análise ocupacional, ou seja, identificar as tarefas por seu nível de complexidade a fim de que sejam atribuídas a pessoas com o correspondente nível de formação técnica, permitindo desta forma uma extensão da cobertura populacional no que diz respeito ao acesso aos serviços odontológicos. Portanto, quando esta prática não é empregada, dois resultados são inevitáveis: a redução do acesso aos serviços disponíveis, devido ao encarecimento da atividade e uma perda de qualidade dos serviços prestados, devido à inadaptação entre o tipo de recurso humano utilizado e o tipo de tarefa que lhe foi dada (PINTO 1992).

Pouco tem sido feito apesar do diagnóstico de alienação perniciosa na formação de recursos humanos. Um exemplo é o não aproveitamento de profissionais auxiliares de nível médio (técnico em higiene dentária - THD e técnico em prótese dentária – TPD) e de nível elementar (auxiliar ou atendente de cirurgião dentista - ACD), que correspondem a apenas 12% dos recursos humanos habilitados na área de saúde bucal. A falta de definição quanto a responsabilidade pela formação destes profissionais é um dos fatores que impedem o melhor aproveitamento deste grupo (CNSB 1993).

Em um trabalho realizado por BOTAZZO e col. (1989), ao analisarem a força de trabalho em Saúde Bucal, concluíram que os cirurgiões dentistas, auxiliares e os técnicos e auxiliares em próteses dentárias, compreendem 92,31%, 7,63% e 0,04%, respectivamente do contingente da força de trabalho em saúde bucal em serviços públicos do Estado de São Paulo, e que, portanto, não há efetivamente uma política de incorporação de pessoal auxiliar nos serviços públicos, com exceção da Prefeitura do Município de São Paulo.

Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CRO- SP 2002), mostram que, nos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, por exemplo, existem 10 THD, 383 TPD 357 ACD devidamente inscritos neste Conselho. Os gráficos 1, 2 e 3 mostram a distribuição dos profissionais auxiliares (ACD-THD) e cirurgião dentista (CD) no ano de 2002 em cada município.

Gráfico 1: Proporção ACD-THD:CD no município de São Caetano do Sul em dezembro de 2.002



Gráfico 2: Proporção ACD-THD:CD no município de São Bernardo do Campo em dezembro de 2.002

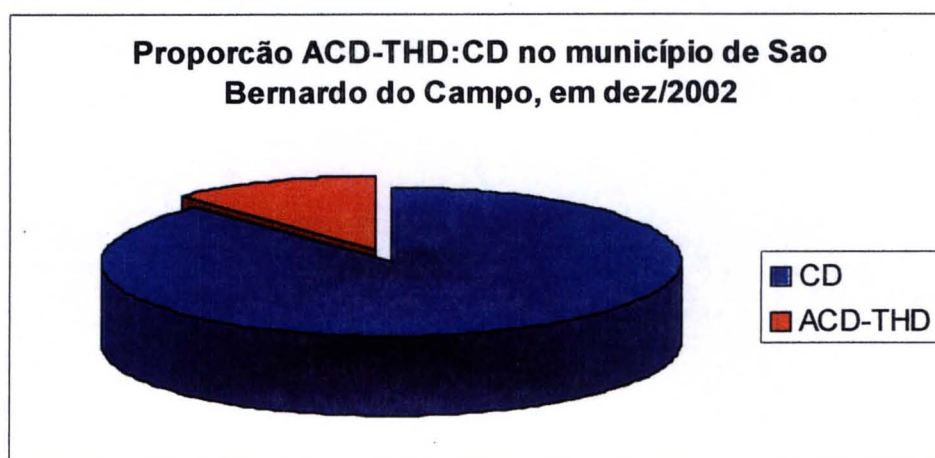


Gráfico 3: Proporção ACD-THD:CD no município de São Bernardo do Campo em dezembro de 2.002



Diante das considerações apresentadas reitera-se o desafio na busca daquilo que é direito do povo e dever do Estado: a Saúde (BRASIL 2001).

A boca foi tida como o universo para o exercício da Odontologia que a hegemonizou, monopolizou, exclusivizou. A boca foi reduzida à odontologia e desta à cariologia, e ao embutir uma alta dose de autonomia, permitiu que o dentista, pelo menos em tese, processasse sozinho a cura. É exatamente este monopólio, essa autonomia presente na boca que não encontra mais possibilidade de ser mantida no campo da saúde pública e cuja mudança, a categoria resiste. Há de se superar esta prática, substituindo o trabalho individual do dentista pelo da equipe de saúde bucal (BOTAZZO 1994).

A questão da formação e desenvolvimento dos recursos humanos em Odontologia tem se constituído em um desafio às Secretarias de Estado de Saúde, pois a Constituição da República assegura competência ao SUS para que este determine sob o ponto de vista

quantitativo e qualitativo, quantos e quais recursos humanos são necessários à sociedade. Os pontos que norteiam tal função são determinados por diretrizes baseadas nas características epidemiológicas da população, magnitude e a qualidade das necessidades da população no que se refere às ações de atenção à saúde bucal (CNSB 1993).

Algumas melhorias, no entanto, já podem ser identificadas de acordo com a Segunda Conferência de Saúde Bucal de 1993, onde um modelo de gerenciamento mais adequado ao SUS (Sistema Único de Saúde) tem sido adotado. Afirmam que as transformações no perfil dos profissionais serão alavancadas por meio da municipalização da saúde associado ao efetivo exercício do controle social e que ao SUS cabe orientar a formação dos recursos humanos na área da saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, de forma concreta e imediata (CNSB 1993).

Neste mesmo ano, FREITAS (1993), cita como exemplo a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em processo adiantado de municipalização, tendo proposto a formação e utilização de recursos humanos de nível técnico como objetivo estratégico, incorporando o trabalho do atendente ou auxiliar de cirurgia dentista (ACD) e do técnico em higiene dental (THD) ao trabalho do cirurgião dentista (CD), constituindo desta forma, as equipes de saúde bucal.

É possível concluir, pelo exposto que, como evidencia FREITAS (1993), os recursos de nível técnico são necessários ao Sistema Único de Saúde porém, ainda não são adequadamente aproveitados e ao mesmo tempo existe a necessidade de redirecionamento, reorientação dos recursos humanos de nível superior.

O cirurgião dentista que compõe a força de trabalho no setor saúde possui responsabilidades para com a saúde da população, evidenciada pelas diretrizes curriculares dos cursos de Odontologia (ABENO 1998), assumindo um papel importante.

Apesar do avanço do conhecimento do processo saúde-doença das morbidades mais prevalentes da cavidade bucal, cárie e doença periodontal, associado ao número elevado de cirurgiões dentistas, particularmente no Estado de São Paulo, em meio ainda, a todo conhecimento tecnológico da Odontologia, mostram que ambas, mesmo podendo ser preveníveis, encontram-se, ainda, fora de controle (SÃO PAULO 1995).

Sabendo que a participação do dentista está centrada na assistência, pois é neste nível que a prática clínica se insere, levando em consideração a fala freqüente dos dentistas de que a população não se importa consigo mesma, de que “tratar dentes não é prioridade” (BOTAZZO 1994), e ainda, sendo as doenças periodontais, freqüentemente assintomáticas (BRADY 1984; EATON 1998), os dentistas têm desempenhado suas funções de diagnóstico e plano de tratamento, como estabelecido pelas diretrizes curriculares dos cursos de Odontologia (ABENO 1998; SHEIHAM e MOYSÉS 2000), no que se refere às doenças periodontais?

É com vistas a esta indagação que se propõe investigar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre os diversos aspectos das doenças periodontais.

Uma vez que a proposta do presente estudo tem como foco principal o conhecimento, acredita-se que uma abordagem sucinta sobre o mesmo seja pertinente.

2. CONHECIMENTO

Conhecimento é uma forma de estar no mundo. E o processo do conhecimento mostra aos homens que eles jamais são alguma coisa pronta na medida em que estão sempre nascendo de novo, quando tem a coragem de se mostrarem abertos diante da realidade (HÜHNE 1988).

Os homens se marcam como diferentes dos outros seres exatamente pela capacidade de conhecer (HÜHNE 1988).

A GNOSIOLOGIA (do grego gnosis = conhecimento e logos = ciência), ou Teoria do conhecimento é a ciência que estuda os problemas fundamentais do conhecimento (BAZARIAN 1988).

Segundo BAZARIAN (1988) e HÜHNE (1988) todo o conhecimento representa uma relação entre o sujeito cognoscente (nossa mente, nossa consciência) e o objeto conhecido (os fatos, objetos e fenômenos da realidade exterior). O conhecimento pode significar tanto o processo do conhecer como o produto desse processo (BAZARIAN 1988), onde processo pode ser definido como sendo o reflexo e a reprodução do objeto na mente; e como produto desse processo temos os conhecimentos sensíveis e racionais: os nossos conhecimentos de matemática, de física, de biologia, psicologia, sociologia, filosofia, entre outros, que são estudados pelas respectivas disciplinas.

Segundo BAZARIAN (1988) existem 3 tipos de conhecimento: o conhecimento vulgar, o científico e o filosófico. O conhecimento vulgar é aquele que só constata os fatos, sem procurar explicá-los cientificamente, que pode não ser errado, porém não existe a certeza de sua verdade. Numa sociedade como a nossa, em que as coisas mudam tão depressa porque o progresso é rápido, é necessário abandonar os conhecimentos vulgares, as idéias caducas para adquirir, então o conhecimento científico, que consiste no conhecimento casual e metódico dos fatos e dos fenômenos, colocando um relação com os outros, permitindo descobrir-lhe a uniformidade e as leis que o regem. Já o conhecimento filosófico é aquele que possui mais profundidade, universalidade e radicalidade do que o conhecimento científico.

O conhecimento pode ainda ser estudado do ponto de vista da sua evolução (BAZARIAN 1988), tendo sido Augusto Comte, filósofo, o autor de uma das teorias mais interessantes a esse respeito, a chamada “Lei dos Três Estados”, que destinava-se a descrever a evolução intelectual da humanidade ou a marcha progressiva do pensamento da humanidade. Afirmava Augusto Comte: “Essa marcha é regida por uma lei fundamental, aplicável a todas as nossas concepções principais, a todos os ramos de nosso conhecimento e de nossa organização” (BAZARIAN 1988).

Finalmente, a capacidade do homem permite que ele faça conhecimento, use o conhecimento e posicione-se diante do conhecimento (HÜHNE 1988).

Resta-nos enfim escolher...

Diante do objetivo maior que por meio desta pesquisa se pretende estudar, ficam as palavras de HÜHNE (1988):

“Se minha cabeça faz conhecimento, eu estou criativamente no mundo;

Se minha cabeça usa conhecimento, eu estou simplesmente no mundo;

Se minha cabeça posiciona-se diante do conhecimento, eu estou criticamente no mundo”.

3. OBJETIVO

1) Identificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto as seguintes dimensões das doenças periodontais:

- etiologia;
- diagnóstico;
- características clínicas;
- prevenção;
- tratamento.

2) Caracterizar o cirurgião dentista em função da(o):

- formação profissional;
- tempo de atividade profissional;
- faixa etária;
- sexo;
- realização de cursos após a graduação;
- área de interesse na procura de novos cursos.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A luta constante e perseverante do “completo bem estar físico, mental e social” de toda a população, faz do cirurgião-dentista peça fundamental no desempenho de suas atividades, seja em meios públicos ou privados, para a obtenção daquilo que é direito conquistado do povo brasileiro: o DIREITO À SAÚDE (BRASIL 2001). Consta, assim, no Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, na Seção II, que versa sobre Saúde:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Foram pesquisadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e DEDALUS, empregando como unitermos: conhecimento, promoção de saúde, doença periodontal e recursos humanos.

O diagnóstico das doenças periodontais é de fundamental importância para um efetivo programa preventivo da comunidade. E a responsabilidade dos cirurgiões dentistas em aumentar a consciência e o conhecimento nesta área deve se estender para, além dos consultórios odontológicos, à comunidade (BAKDASH e KEENAN 1978).

BARMES (1976) afirmava que a distribuição dos cuidados dentais diferia amplamente, ao redor do mundo, ao mesmo tempo em que a doença periodontal parecia possuir diferenças no estabelecimento, no padrão de progressão e na severidade em diferentes países.

Não obstante, segundo CROXSON (1984), os cirurgiões dentistas devem preocupar-se com a mesma doença crônica dos tecidos de suporte e independentemente do país em que atuam, devem dividir as mesmas responsabilidades: reconhecer e diagnosticar a doença e instituir procedimentos para sua prevenção e controle.

4.1 Conhecimento (consciência) dos cirurgiões dentistas sobre as doenças periodontais

Em 1970, CORN, dizia que os esforços de uma odontologia de saúde pública eram direcionados no sentido da fluoretação da água em muitas comunidades e que havia provas concretas de que a cárie podia ser controlada e reduzida por meio deste método preventivo, bem como por meio de aplicações tópicas de flúor e uso continuado de dentifícios fluoretados. Por outro lado, infelizmente a elevada incidência de doença periodontal em crianças era freqüentemente ignorada e técnicas corretas de escovação não eram ensinadas.

CORN (1970) dizia ainda que se a doença periodontal fosse controlada na adolescência não haveria uma incidência de doença da ordem dos 80% após os 35 anos de

idade. Mencionava ainda algumas considerações quanto à prática de uma odontologia preventiva:

- o dentista deveria ser amplamente preparado em métodos preventivos.
- anúncios em rádio e televisão deveriam alertar a população sobre a causa e o curso de destruição das doenças.
- o paciente estaria motivado a eliminar e controlar a doença se a aceitasse e a reconhecesse.

Infelizmente, a ausência de sintomas agudos na doença periodontal determina ao cirurgião dentista um grande desafio quanto a sua habilidade diagnóstica. Antes de qualquer preparo dentário, uma sonda periodontal deveria detectar qualquer alteração nos níveis do sulco gengival (CORN 1970).

PYKE (1973) escreveu um artigo num momento em que era evidente o MOVIMENTO DA PREVENÇÃO, momento no qual o conceito de prevenção, apesar da ênfase vigorosa, não era novo para a prática da odontologia, que por muitos anos já fazia parte da prática da saúde pública dental. As duas atividades pioneiras no sentido da prevenção das doenças dentais, o uso do flúor e o controle da dieta diante da cárie dental, davam lugar a um novo esforço preventivo: a remoção contínua da placa bacteriana para reduzir lesões cariosas e manter a saúde gengival.

Um estudo conduzido por CRAFT e SHEIHAM (1976) mostrou diferenças nas atitudes dos cirurgiões dentistas que atuavam no norte da Inglaterra comparados com os que atuavam no sul com relação à prevenção. Este estudo mostrou que quanto pior a distribuição regional de tratamentos e serviços, mais negativas são as atitudes preventivas.

Conclui dizendo que políticas para prevenção não podem esperar alcançar sucesso universal, mas podem ser melhor recebidas se os dentistas forem preparados para elas, particularmente nos grupos mais velhos. E o sucesso do cuidado restaurador – visto como prevenção secundária, pode também ser melhorado se as atitudes negativas para prevenção forem revertidas.

GOLDBERG e CARBERRY (1980) afirmavam que existiam obstáculos para que muitos pacientes aceitassem uma filosofia preventiva e que por isso a doença periodontal ainda afetava nove entre dez adultos americanos. Acreditavam que este problema era composto pelo fato de que havia indecisão por parte dos profissionais (cirurgiões dentistas) sobre o que constituía prevenção periodontal adequada. Muitos da comunidade odontológica estavam preocupados com a placa dental e eliminação mecânica, porém, infelizmente, alguns dentistas não pesquisavam a profundidade da bolsa ou os tecidos gengivais, não verificavam se as medidas mecânicas de higiene podiam sozinhas prevenir ou controlar totalmente a doença. Estes aspectos se transformaram em confusão, uma vez que os pacientes acabavam não recebendo informações adequadas sobre a doença periodontal, sua progressão e porque é tão destrutiva. Eles não eram adequadamente orientados quanto às técnicas de higiene bucal (CORN 1970), e eles não entendiam porque tais técnicas eram tão importantes. Existia um problema de mudança de comportamento e dificuldade em sustentá-la efetivamente por um longo período.

GOLDBERG e CARBERRY (1980) afirmavam ainda que os clínicos gerais deveriam se envolver mais com a terapia periodontal, sendo capazes de controlar e eliminar, ou preferencialmente, prevenir as doenças, antes que o paciente necessitasse ser

encaminhado a um profissional especializado. Deveriam ser encorajados a divulgar seus conhecimentos de saúde pública bucal (SHEIHAM 1983), o que significa dizer que muito da responsabilidade do tratamento periodontal recai sobre o clínico geral (PINTO 1990).

Um estudo conduzido por BAKDASH e KEENAN (1978) apresentou duas questões que pudessem ajudar a compreender sobre a falta de informação e de atitudes positivas em relação a saúde periodontal e saúde bucal de forma geral. A primeira pergunta visava identificar quais eram as melhores maneiras de educar a população e a segunda questionava sobre as responsabilidades dos profissionais e da população.

Quanto às responsabilidades dos profissionais concluíram que muitos pontos deveriam ser considerados. A conduta e a motivação dos próprios dentistas eram de importância primária, pois, se o dentista perde a convicção e o entusiasmo (BRADY 1984; SÖGAARD 1988) necessário para suportar o desenvolvimento de um programa periodontal preventivo, este estará fadado ao insucesso (BAKDASH e KEENAN 1978).

CROXSON (1987) em trabalho realizado para avaliar a consciência dos dentistas a respeito das doenças periodontais enviou questionários a 1188 membros da Associação Dental da Nova Zelândia, tendo obtido retorno de somente 282 questionários (24%). Devido ao número limitado de respondentes não foi possível fazer uma análise estatística, tendo feito, portanto, um estudo descritivo. Dados disponíveis evidenciaram uma média de atendimento semanal de 31 a 150 pacientes. Concluíram que o exame periodontal, tratamento e instrução de higiene eram executados principalmente entre aqueles que atendiam um número menor de pacientes.

Um Workshop sobre Saúde Periodontal, realizado 1982, em Wellington, forneceu uma série de dados que implicou em uma análise em ampla perspectiva [Anonymus 1983]. Dois problemas de fundamental importância surgiram neste Workshop.

A percepção de que alguns dentistas estavam insuficientemente preocupados com o diagnóstico e o controle das doenças periodontais, principalmente em estágios precoces, era o primeiro. E o segundo problema foi representado pela falta de consciência da população de que a doença periodontal é uma condição de significado considerável. Neste Workshop membros da Sociedade Neozelandesa de Periodontologia relataram que os problemas periodontais ocupavam um nível de importância menor do que os procedimentos diagnósticos operatórios envolvendo a doença dentária. Se uma ênfase sobre a saúde periodontal não é a prioridade, então talvez isto seja uma indicação de que deveriam ser tomadas atitudes a fim de se reavaliar conhecimento e experiência quanto a estas questões por parte dos profissionais.

BRADY (1984) realizou um trabalho em uma grande faculdade de odontologia, cujo objetivo era avaliar nos pacientes com diagnóstico de doença periodontal encaminhados para tratamento, se eles haviam sido orientados pelo último dentista que tivessem visitado sobre a presença da doença. Antes de serem orientados quanto ao problema que tinham, a eles eram feitas 4 questões:

- 1) Quando foi a sua última visita ao dentista?
- 2) Qual a razão da visita?
- 3) Você sabia que tinha problema periodontal, de gengiva?

4) Na sua última visita ao dentista, foi orientado(a) pelo(a) dentista sobre seu problema periodontal?

Dos 1312 pacientes avaliados, 73% (952) não sabiam que tinham doença e 27% (360) estavam cientes da sua presença. À medida que a severidade da doença aumentava tornavam-se mais conscientes da sua existência, ou seja, quanto mais a doença progredia, mais óbvio tornava-se para o paciente, devido a mobilidade dentária, migração dentária, sangramento, supuração e halitose.

Somente 12% de casos de gengivite e 20% de periodontite leve (precoce) foram identificados, ao passo que 48% de periodontite avançada havia sido notificada.

1042 pacientes, ou seja, 79% da amostra, não haviam sido informados pelo último dentista a respeito do seu problema. O dentista poderia ter feito o diagnóstico mas falhou ao notificar o paciente.

Foram feitos 21% de diagnósticos quando a razão pela procura ao dentista foi uma situação de emergência, subindo para 42% quando o paciente procurou o dentista para uma avaliação completa. Esses dados reforçam a ampla crença de que freqüentemente a atenção dos cirurgiões dentistas está mais para a queixa principal do que para uma situação geral dos pacientes.

BRADY (1984) concluiu em seu trabalho que o dentista não notifica o paciente a respeito do seu problema periodontal, porque talvez ele ou ela, falhem ao diagnosticar sua presença, ou não acreditem que seja possível controlar e prevenir a doença periodontal com técnicas existentes. Exame e diagnóstico periodontais não são realizados para todos os pacientes dentados, independentemente da razão pela qual o paciente procurou o cirurgião dentista. No entanto, nem a consciência da existência da doença periodontal pelo dentista

garante que ele ou ela discutirão sobre diagnóstico, prevenção e tratamento com o paciente. Reforça ainda que o clínico geral deveria ser capaz de reconhecer gengivite e periodontite em estágios precoces, antes que alcançassem estágios avançados, mas que para mudar efetivamente o comportamento dos pacientes, o dentista deve acreditar e praticar diagnóstico, prevenção e tratamento, pois a responsabilidade do dentista não termina com a queixa do paciente.

Uma elevada consciência periodontal sozinha não conduz a ações apropriadas de saúde periodontal. Conhecimento periodontal deve ser entendido, retido e utilizado para proporcionar mudanças de comportamento. É preciso reduzir a disparidade que prevalece entre a existência da periodontite e seu reconhecimento como problema de saúde (BRADY 1984).

Para GIFT (1988) os profissionais de saúde dental – dentistas, higienistas e associações desempenham um papel chave tanto na transmissão da informação quanto na provisão de serviços. Portanto, os dentistas devem reconhecer os sintomas, perceber a necessidade para uma ação, encorajando-a por parte do indivíduo e saber como proporcionar qualquer tratamento necessário.

Em 1988, SÖGAARD publicou um artigo a respeito de uma campanha nacional de saúde periodontal sobre a consciência, atitude, e comportamento dos dentistas na Noruega. O trabalho foi baseado numa Campanha realizada no ano de 1980, conhecido como o “Ano contra a Doença Periodontal”, cujos objetivos eram num primeiro momento melhorar as habilidades dos dentistas e num segundo momento aumentar o conhecimento e a

consciência da população sobre as doenças periodontais. Antes do início da campanha, apenas 31% dos pacientes relataram ter tido alguma informação sobre suas condições periodontais, na ocasião da última visita ao dentista. Um ano após a campanha, esta porcentagem havia aumentado para 41%.

SÖGAARD, concluiu que, ao encorajar os dentistas a se atualizarem, realizando cursos e estabelecendo atitudes mais positivas entre eles, provavelmente melhorariam suas rotinas de trabalho sob o ponto de vista da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças periodontais.

Apesar da prevalência universal da doença periodontal e da habilidade dos cirurgiões dentistas em diagnosticar e tratar as doenças, EATON (1998) afirmava parecer haver uma lacuna entre este conhecimento e sua aplicação no controle da doença.

Algumas razões foram propostas por CROXSON (1984) para justificar esta lacuna. Dentre elas, a primeira justificativa apontava que a doença periodontal não estava sendo diagnosticada e a segunda, por sua vez, dizia que a doença estava sendo diagnosticada, porém não tratada.¹

EATON (1998) sugere alguns fatores que poderiam influenciar a consciência profissional² a respeito das doenças periodontais.

Uma das razões mais comuns pela qual o dentista não diagnostica a doença periodontal e, portanto, falha em conscientizar o indivíduo, é a freqüente falta de dor ou

² : o termo consciência profissional, no contexto proposto, foi empregado como sinônimo de conhecimento, como proposto por CROXSON (1998, p.257), que assim define consciência, ou seja, como um conhecimento implicado na maneira como é obtido e aplicado.

outras queixas decorrentes dos distúrbios do periodonto. Um outro aspecto é a dificuldade em introduzir entre os dentistas o hábito da sondagem (EATON 1998).

EATON (1998) afirmou que algumas iniciativas foram tomadas a fim de promover o uso do CPITN entre os dentistas do Reino Unido. Apesar do envio de livrinhos contendo informações sobre vários tópicos a respeito das doenças periodontais, do envio de um vídeo contendo informações quanto ao tratamento não cirúrgico da doença e de um guia fornecendo informações quanto ao emprego do índice CPITN, apenas 4,3% dos dentistas relataram empregar o índice e apenas 35% relataram fornecer alguma indicação de profundidade de bolsa.

Segundo EATON (1998), a necessidade de tratamento avaliada por um profissional será influenciada por seus conceitos de saúde e doença, valores e normas e conhecimentos ou consciência das doenças periodontais e suas habilidades em melhorar a condição existente. Conclui dizendo que à menos que a consciência da população a respeito das doenças periodontais aumente é difícil enxergar como as melhoras na consciência profissional possam ser traduzidas em melhoras para a saúde periodontal do público em geral.

CROXSON (1998) partilha da mesma opinião, afirmando que o conhecimento e a consciência do paciente a respeito da doença, desempenham papel significativo no controle da doença. Além disso afirma que em nenhuma outra especialidade da odontologia é tão importante o dentista compreender quais informações o paciente possui quanto na periodontia, pois somente haverá saúde periodontal quando o indivíduo estiver motivado

adequadamente para mantê-la ao mesmo tempo em que estiver usando o conhecimento e as informações a respeito da causa da doença.

4.2 Etiologia das doenças periodontais

As doenças periodontais são desordens multifatoriais (MENASSA e DYKE 1998), induzidas por placa bacteriana (FDI 1982a). O envolvimento da placa bacteriana está relativamente bem descrito (LÖE e col. 1965) onde a formação de placa sobre os dentes representa um acúmulo de bactérias normalmente presentes na cavidade bucal.

As gengivites foram largamente estudadas nas décadas de 60 e 70, sendo definidas como manifestações inflamatórias da gengiva marginal, desencadeadas pelo acúmulo de placa bacteriana, e as periodontites, como decorrentes das gengivites (LÖE e col. 1965; LÖE e col. 1978; CARRANZA 1979; LINDHE 1997; GENCO e col. 1993; GENCO e col. 1998; OPPERMAN e GOMES 1999).

Tanto gengivite como periodontite podem representar diferentes padrões de evolução e de manifestações clínicas, como resultado de uma interação entre um patógeno ou patógenos bacterianos e um hospedeiro susceptível. Ou seja, a doença ocorre quando o equilíbrio entre a agressão bacteriana e a resposta do hospedeiro é alterado (GENCO e col. 1993; LINDHE 1997; EGBERT e col. 1999).

Os estudos não têm definido claramente um grupo de bactérias, muito menos um organismo específico, responsável pelo desenvolvimento de uma gengivite crônica, nem mesmo é sabido se toda a placa é capaz de deflagrar reações inflamatórias na gengiva, ou se é um tipo de placa que produz a gengivite. Entretanto, é fato que placa bacteriana é a causa da gengivite crônica e que a eliminação ou supressão da placa é consistente com saúde gengival (FDI 1982b).

Em um artigo publicado por MENASSA e DYKE em 1998 sobre o estado atual bem como futuras direções quanto ao diagnóstico periodontal, ao avaliarem a microbiologia e hospedeiro afirmam que os diferentes tipos de testes microbiológicos disponíveis poderiam ser usados para avaliar os agentes etiológicos, mas a presença de mais de 300 espécies bacterianas, muitas delas ainda não identificadas, sugere que novas investigações sejam feitas a fim de relacionar o tipo e o número de bactérias à atividade da doença periodontal, e que, portanto, tais testes ainda não se encontram prontamente disponíveis.

O cálculo dental (tártaro) representa a placa bacteriana mineralizada. Está sempre coberto pela placa bacteriana não mineralizada e, portanto, não entra em contato com os tecidos gengivais. Por isso é considerado um fator etiológico secundário da doença periodontal. Sua presença torna a remoção adequada de placa impossível e impede um controle de placa apropriado por parte do paciente (LINDHE 1997).

4.2.1 Fatores de Risco

Como definição, fator de risco representa todo o tipo de alteração capaz de modificar o equilíbrio fisiológico do hospedeiro, podendo alterar a etiologia, extensão, curso e resposta ao tratamento. No caso do presente estudo, das doenças periodontais (EGBERT e col. 1999).

Avaliar o risco tem sido extremamente importante na prevenção das doenças crônicas, tendo sido aplicado recentemente às doenças bucais, principalmente, devido à percepção de que as duas formas mais prevalentes das doenças bucais, a cárie e doença periodontal, encontram-se confinadas em uma minoria da população (GROSSI 1994).

Segundo GROSSI (1994), identificar os indivíduos susceptíveis bem como os fatores que determinam riscos elevados à uma determinada doença se faz interessante, uma vez que a ampliação da definição de fator de risco inclui a habilidade deste ser modificado ou modulado resultando na diminuição da destruição da doença, refletindo, por sua vez em estratégias de intervenção, seja na forma de tratar ativamente o problema, seja no planejamento dos cuidados da saúde. Está emergindo desta forma, segundo a autora, um novo paradigma para controlar as doenças bucais, as quais envolvem a identificação e uma intervenção naqueles indivíduos com risco elevado, interceptando o processo da doença, propondo uma abordagem baseada na prevenção em lugar das abordagens baseadas em tratamento convencional.

GROSSI e col. (1994) conduziram um estudo cujo objetivo foi identificar indicadores de risco e fatores de risco destrutivos para as doenças periodontais. Foram estudados 1426 indivíduos, dos quais 741 mulheres e 685 homens, entre 25 e 74 anos. Para esta população definida foram investigados o papel das doenças sistêmicas, fatores socioeconômicos, tabagismo, doenças ocupacionais e a flora bacteriana como indicadores de risco para a perda de inserção, característica esta da periodontite. Os dados apresentados pelo trabalho permitiram que os autores afirmassem a presença de uma forte associação entre tabagismo e doença periodontal. Descobriram uma resposta dose/ dependente, ou seja, quanto mais o indivíduo usa o tabaco e por mais tempo, maior a severidade da doença periodontal. Quanto às doenças sistêmicas estudadas, apenas o diabetes mellitus mostrou associação positiva com a periodontite. Concluíram ainda que a idade foi o fator isolado mais associado à severidade da doença periodontal, cujos mecanismos capazes de explicar esta severidade acentuada ainda não foram elucidados. Por último, identificaram a presença de dois patógenos periodontais, como significantes indicadores de risco, a saber *P. gingivalis* e *B. forsythus*.

O diabetes tem sido estudado como fator de risco para a doença periodontal, por contribuir para a deterioração das condições do periodonto (GENCO e LÖE 2000).

EMRICH e col. realizaram em 1991 um estudo com Pima Indians da Comunidade Indiana do Rio Gila, no Arizona, uma tribo de americanos nativos que tem apresentado os maiores índices no mundo de incidência e prevalência de diabetes tipo 2 ou insulina não dependente. Analisaram 1342 indivíduos de uma população total de 3219, com 15 anos de idade ou mais e que fossem, pelo menos, parcialmente dentados, a fim de que medidas

relevantes de saúde bucal pudessem ser medidas para determinar se o diabetes está associado com doença periodontal destrutiva. Os autores concluíram que o risco de um indivíduo diabético apresentar doença periodontal é três vezes maior do que aquele que não é diabético. Mas alertam que ao considerar o diabetes como um fator de risco é importante ter em mente que a exposição ao risco por si só não é necessário para que ocorra a periodontite, visto que muitas pessoas não diabéticas desenvolvem periodontite. Concluem dizendo que, embora não tenha sido provado, é provável que se o fator de risco puder ser modificado, ou pela prevenção da diabetes ou pelo seu tratamento, a ocorrência de periodontite na população poderia ser reduzida.

Em 1992, De POMMEREAU e col. realizaram um trabalho cujo objetivo foi avaliar o estado periodontal de 85 adolescentes diabéticos (insulino dependentes), entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos em comparação com 38 adolescentes controle saudáveis da mesma idade. Concluíram que os pacientes diabéticos apresentaram uma frequência de sítios com gengivite significativamente mais elevada do que os adolescentes pertencentes ao grupo controle, apesar do estado de higiene bucal não apresentar diferenças significativas.

Diversos fatores têm sido associados à maior severidade das alterações periodontais observadas em diabéticos, incluindo modificações na composição da placa bacteriana subgengival, alteração do metabolismo do colágeno e prejuízo funcional dos neutrófilos. Significa dizer que estes fatores, em conjunto, indicam maior capacidade destrutiva da microbiota, menor capacidade reparativa e menor resistência à infecção, o que justificaria a maior severidade da doença nos diabéticos (EGBERT e col.1999).

O fumo pode ser considerado como um dos mais importantes fatores de risco no desenvolvimento e progressão da doença periodontal (SALLUM e col. 1999; GENCO 1996).

Estudos epidemiológicos revelaram uma alta prevalência e severidade de doença periodontal em fumantes (RYDER e col. 1996; BURT 1996), quando comparados a não fumantes, indicando a ação direta do tabaco nos tecidos periodontais. Com isso, o consumo de cigarros pode ser apontado como um fator de risco à doença periodontal, considerando-se o ato de fumar como um “comportamento de risco” em Periodontia (GENCO 1996).

Em um estudo conduzido por SCHENKEIN e col. em 1995, tendo por objetivo examinar a relação entre o hábito de fumar e a extensão e a severidade da doença periodontal, afirmaram que a resposta do hospedeiro parece influenciar a severidade da doença naqueles pacientes fumantes. A redução de anticorpos (IgG2) frente a um grupo de antígenos presentes na doença periodontal parece ser a responsável por uma diminuição na resposta imunológica protetora do hospedeiro contra os patógenos periodontais, acarretando desta forma, o aumento da extensão e severidade da doença.

Em 1995, GROSSI e col. conduziram um estudo complementando o anterior realizado em 1994, onde tiveram por objetivo identificar os fatores de risco para as doenças periodontais, levando em consideração a perda óssea para caracterizar a severidade da doença. Os achados do presente estudo mostraram-se semelhantes aos achados do estudo anterior. Entretanto, sugere uma explicação para a questão da idade como fator de risco para a severidade de doença periodontal onde, com a idade, parece haver uma diminuição

da atividade do mecanismo regulador de osteoblastos diante de uma resposta frente aos estímulos de formação e reparação óssea.

Os hormônios sexuais presentes na gravidez, tais como, estrógeno e progesterona, atingem níveis elevados, principalmente no 8º. mês, momento em que a inflamação atinge sua maior severidade, determinando uma relação definida entre o nível destes hormônios e a resposta tecidual aos fatores etiológicos locais (EGBERT e col. 1999). No entanto, é importante salientar que a gravidez, bem como os hormônios presentes, não provocam gengivite, pois o fator etiológico primordial é a placa bacteriana. A gravidez apenas acentua a resposta tecidual à placa e modifica o quadro clínico resultante. Na ausência de fatores irritantes locais, ou seja, a placa bacteriana, alterações notáveis não são observadas no tecido gengival (EGBERT e col. 1999).

4.3 Diagnóstico das doenças periodontais

Sob o ponto de vista do diagnóstico das doenças periodontais, vários são os meios disponíveis, seja baseado em medidas de inflamação, em marcadores bioquímicos, em medições sistêmicas da resposta imune, medições físicas dos tecidos periodontais, testes microbiológicos e testes genéticos (TINOCO e TINOCO 2000). No entanto, é possível afirmar que os meios de diagnóstico baseados em medições físicas são os mais utilizados pelos clínicos em geral, onde a sondagem periodontal tem sido e continua a ser uma das ferramentas diagnósticas mais úteis para determinar a presença e a severidade das lesões

periodontais, permitindo ao clínico, com um meio simples e relativamente confiável avaliar o estado periodontal relativo de uma dentição (LISTGARTEN 1980; TINOCO e TINOCO 2000).

4.4 Características clínicas

As alterações patológicas que acompanham o estabelecimento da placa bacteriana associada à doença periodontal (placa periodontopatogênica) denotam vários estágios da doença (PAGE e SHROEDER 1997; FDI 1982b). À cada estágio histopatológico da doença advém uma série de características clínicas. As lesões inicial e precoce representam a histopatologia da fase subclínica da gengivite, enquanto a lesão estabelecida reflete a histopatologia da gengivite crônica e a descrição histopatológica da lesão avançada reflete a progressão da gengivite para a periodontite, que significa, em última instância, ocorrência de uma reabsorção óssea alveolar (PAGE e SHROEDER 1997; FDI 1982b). Se esta lesão não for identificada pode causar danos progressivos ao periodonto, em um padrão cíclico de períodos de quiescência seguidos por períodos de exacerbação, que eventualmente podem conduzir à perda do elemento dental (LISTGARTEN 1980).

Reconhece-se que a destruição óssea e de tecido conjuntivo ocorre somente em áreas precedidas pela gengivite, indicando que esta é a precursora da periodontite. Sugere-se, no entanto, que nem toda gengivite progride para a periodontite, mas onde quer que haja perda de inserção, seja de tecido duro ou mole, esta lesão pronunciada foi precedida pela gengivite (FDI 1982b).

Vale, portanto dizer, extendendo-se este conceito para a clínica, que, se a gengivite é passível de ser prevenida, assim o é também a periodontite (FDI 1982b, ADAMS 1996).

LÖE e col. (1965), no clássico estudo “Gengivite Experimental em Humanos”, provaram que decorrido um período de tempo de acúmulo de placa bacteriana, todos os indivíduos desenvolvem uma inflamação gengival, cujo quadro pode ser revertido se medidas rotineiras adequadas de controle de placa forem retomadas pelo indivíduo (OPPERMAN e RÖSING 1999; LÖE e col. 1965).

Clinicamente, a gengivite se caracteriza por vermelhidão e tumefação gengival e uma tendência aumentada de sangramento dos tecidos moles à sondagem (LINDHE 1997).

Segundo OPPERMAN e RÖSING (1999), numa prática odontológica de promoção de saúde, a visão biológica é preponderante. Em relação à gengivite, importa a presença e a distribuição de placa bacteriana supragengival e sua consequência, denotada pelo sangramento gengival. Já em relação à periodontite, o que importa é a perda de inserção aliada a sinais inflamatórios.

Afirma-se ainda que existem diferenças nos padrões de progressão da destruição periodontal em vários grupos populacionais, porém não existem evidências de suas naturezas. Assim, é necessário que estudos microbiológicos associados a avaliação das respostas do hospedeiro em níveis epidemiológicos sejam feitos. Tais estudos facilitarão a identificação de grupos de risco especiais (FDI 1982b; OPPERMAN e RÖSING 1999; MENASSA e DYKE 1998).

4.5 Prevenção das doenças periodontais

Prevenir significa impedir que algo aconteça ou, diminuir o risco de tal evento acontecer (TINOCO e TINOCO 2000).

A prevenção primária é caracterizada pela promoção da saúde ou prevenção de uma doença específica; a prevenção secundária é caracterizada pela tentativa de se impedir a progressão da doença, incluindo uma terapia rápida e adequada e a prevenção terciária engloba os procedimentos direcionados à limitação do dano e à reabilitação (LEAVELL e CLARK 1958).

A prevenção eficiente requer medidas que identifiquem, minimizem ou eliminem os fatores etiológicos relacionados com o processo patológico. Sendo a gengivite e a periodontite infecções bacterianas, originadas pela presença de microorganismos, que se aderem à placa bacteriana constituindo o chamado biofilme dental, fica claro que o objetivo dos meios de prevenção das doenças periodontais é a redução, desestruturação ou eliminação deste biofilme (TINOCO e TINOCO 2000; ADAMS 1998).

Todos os estágios presentes no desenvolvimento da lesão periodontal associada à placa podem ser revertidas por meio de terapia associada ao controle do acúmulo e crescimento dos microorganismos da área da bolsa periodontal, constituindo assim, uma forma de prevenção da doença (LISTGARTEN 1980).

AXELSSON e LINDHE (1981) realizaram um trabalho cujo objetivo era comparar ao final de 6 anos, um grupo, denominado grupo controle, que após uma avaliação inicial (medidas de higiene oral, gengivite, doença periodontal e cárie), recebia apenas, anualmente, tratamento sintomático, com o chamado grupo teste, que após as mesmas avaliações iniciais, recebia em intervalos de 2 a 3 meses um tratamento preventivo (instrução de técnicas de higiene oral e profilaxia). Os resultados obtidos deste trabalho demonstraram que o programa preventivo estimula os indivíduos a adotar hábitos adequados de higiene, permitindo a eliminação da gengivite e a prevenção da cárie e da doença periodontal.

Em um trabalho de revisão realizado por ADAMS e col. (1998), quanto à prevenção das doenças periodontais, afirmam que uma combinação de programas preventivos individual e profissional proporcionam benefícios melhores do que um programa individual isolado.

De acordo com BURT (1988), existem evidências associando os depósitos de placa e a gengivite, e portanto, ao melhorar a higiene oral, há uma redução da gengivite. Por outro lado, questiona uma abordagem tradicional (considerada irreal e fora da realidade SHEIHAM 1983; BURT 1993), que determina que toda placa seja removida, de um lado porque poucas pessoas são capazes de removê-la por completo, e por outro, porque se a placa se forma naturalmente, parece que algum nível desta é compatível com saúde bucal, o que faz da prevenção primária da doença periodontal à nível de comunidade ser considerado um objetivo não realista (BURT 1993). Mas ainda afirma que sendo a gengivite precursora para o desenvolvimento da periodontite, a prevenção das doenças

periodontais e seu manejo continua sendo baseada no controle não específico dos depósitos bacterianos, por meio de esforços profissionais e individuais, onde quanto menos dedicação individual maior deverá ser a atuação profissional necessária para a obtenção de níveis satisfatórios de limpeza bucal (BURT 1988, 1993).

De acordo com ADAMS (1998) existe forte evidência de que ao prevenir a gengivite, previne-se automaticamente a periodontite em pacientes susceptíveis.

Os componentes básicos dos programas preventivos das doenças bucais são: a promoção de saúde, uso do flúor e controle da dieta. Em combinação, estas medidas preventivas têm sido efetivas no controle tanto da cárie quanto da doença periodontal. E ainda, para que estas medidas possam beneficiar todas as pessoas, devem ser levadas em consideração aspectos culturais, geográficos e administrativos locais (FDI 1982b).

Papel essencial desempenha a comunicação, na promoção e prevenção das doenças. Ao longo dos anos, segundo BAKDASH (1983a), tentativas têm sido feitas para melhorar o conhecimento e a consciência da população com relação à saúde bucal em geral, e à saúde periodontal, em particular. A televisão tem sido reconhecida como o método de comunicação mais poderoso (BAKDASH 1984). Embora as campanhas de comunicação de massa participem da educação do público, elas serão mais efetivas, se forem reforçadas com a comunicação individual, pessoal. Esta condição, porém, pode ser considerada crítica, uma vez que o cirurgião dentista emprega apenas 2,8% de seu tempo clínico para procedimentos voltados para a periodontia (BAKDASH 1983a).

Importante reforçar que possuir conhecimento periodontal, atitudes e comportamentos apropriados não significa que sozinhos conduzirão à melhora da saúde periodontal (BAKDASH 1983b, 1984). Nem mesmo a comunicação de massa se mostrou suficiente para proporcionar mudança de comportamento relacionado à saúde (MURTOMAA e MALASIN 1984).

Fatores sociais e comportamentais estão envolvidos nos processos saúde-doença pelos menos em dois aspectos: afetam os padrões atuais da doença e influenciam o uso e a distribuição dos serviços preventivos (FDI 1982a).

BURT (1993), afirma que o papel do comportamento individual no controle da doença periodontal é mais decisivo do que no controle da cárie.

Cientistas sociais têm identificado ao longo das últimas duas décadas a importância das variáveis sociais, tais como condição sócio-econômica e estilo de vida que, não somente melhoram o entendimento dos vários aspectos das doenças bucais, tendo a educação como tarefa altamente desafiante (BURT 1993), como também ajudam a planejar estratégias designadas para promover a aceitação das medidas preventivas, tanto por parte da população, quanto por parte dos profissionais (FDI 1982b).

BURT (1993), acreditando que a instrução de higiene oral seja fundamental para a prevenção das doenças periodontais, sugere o emprego de programas educativos, não durante a infância, e sim um pouco mais tarde, com mais idade, por acreditar num maior

impacto da mensagem visando um melhor controle da doença. Sugere, por fim, a necessidade de pesquisa que busquem os melhores métodos de educação.

Os fatores de risco que atuam no processo de estabelecimento e progressão da doença periodontal, uma vez eliminados, também constituem em objetivo da terapia preventiva (HANCOCK 1996).

O conceito de uma odontologia preventiva deveria estar claramente entendido pelos pacientes de maneira que eles tenham a mesma apreciação para o controle da doença periodontal como eles têm para o controle da cárie. Somente assim os dentistas serão capazes de contribuir significativamente no sentido de eliminar esta doença (OPPERMAN e RÖSING 1999).

Finalmente, ao aceitar uma relação direta entre idade e doença periodontal, as pessoas de mais idade ainda parecem ser o grupo prioritário para programas de saúde pública periodontal (BURT 1988).

4.6 Tratamento das doenças periodontais

A visão etiopatogênica do processo saúde – doença periodontal exige que tanto a prevenção quanto o tratamento sejam baseados no controle da causa. Assim, para que se previna ou trate a gengivite é necessário o controle da placa bacteriana (OPPERMAN e RÖSING 1999).

Estando este processo desequilibrado, a periodontite torna-se presente, exigindo seu pronto tratamento, agindo subgengivalmente por meio de raspagem e alisamento radiculares, facilitando e permitindo novamente o controle de placa pelo paciente (OPPERMAN e RÖSING 1999).

5. METODOLOGIA

5.1 População e local de estudo

A população do estudo foi composta por 221 cirurgiões dentistas que estavam inscritos nos cursos oferecidos pelas Associações Paulistas dos Cirurgiões Dentistas (APCD), dos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, pertencentes à Região do Grande ABC.

A distribuição dos cirurgiões dentistas segundo o local da realização dos cursos foi de 90, 73 e 56, respectivamente nas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

Os profissionais inscritos nos cursos de atualização e especialização em Periodontia foram excluídos da amostra.

5.2 Variáveis Estudadas

Foram selecionadas as variáveis relacionadas a:

1. Perfil do Informante:

1.1 Formação Profissional:

- clínico geral;
- especialista.

1.2. Tempo de atividade profissional:

- menos de 2 anos;
- 2 a 5 anos, incompletos;
- 5 a 10 anos incompletos;
- 10 a 20 anos incompletos;
- 20 a 30 anos incompletos;
- 30 anos e mais.

1.3. Faixa Etária:

- menos de 25 anos;
- 25 a 30 anos incompletos;
- 30 a 35 anos incompletos;
- 35 a 40 anos incompletos;
- 40 a 50 anos incompletos;
- 50 anos e mais.

1.4. Sexo:

- feminino;
- masculino.

1.5. Realização de cursos prévios (após a graduação):

- natureza teórica;

- natureza teórica, laboratorial;
- natureza teórica, clínica e laboratorial.

1.6 Áreas de maior interesse para realização de cursos:

- cirurgia;
- dentística;
- endodontia;
- implante;
- odontopediatria;
- ortodontia;
- outros;
- periodontia;
- prótese.

2. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre as dimensões das alterações periodontais:

2.1. Etiologia;

2.2. Diagnóstico;

2.3. Características Clínicas;

2.4. Prevenção;

2.5. Tratamento.

As várias dimensões do conhecimento sobre as doenças periodontais (etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e tratamento), foram identificadas assim como as variáveis (tempo de atividade profissional, faixa etária, sexo, realização de cursos prévios e área de interesse), visando apontar o conhecimento dos cirurgiões dentistas bem como caracterizá-los quanto ao seu perfil.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Considerando o nível educacional da população pesquisada, o questionário foi a forma mais adequada para a realização do levantamento de dados (GIL 1994).

Um questionário com questões estruturadas foi elaborado contendo 16 questões no total, sendo 6 (seis) para dados quanto a caracterização do perfil do informante e 10 (dez) para dados referentes ao conhecimento nas dimensões da etiologia, diagnóstico, características clínicas, tratamento e prevenção das alterações periodontais (ANEXO 6).

A parte introdutória do questionário foi composta por um cabeçalho caracterizando a instituição pela qual o estudo foi realizado. Em seguida, 6 questões foram apresentadas para a caracterização do perfil do informante, onde as questões de números 5 e 6 permitiam que mais de uma alternativa fosse assinalada. A parte seguinte do questionário cuja finalidade era a obtenção de dados quanto ao conhecimento foi precedida por instruções que orientavam o preenchimento, a resolução do questionário, reforçando que havia uma

única resposta correta. Foram elaboradas 10 questões referentes ao conhecimento, onde para cada uma delas foram apresentadas 4 alternativas, sendo permitido assinalar 1 única. Ao término do questionário, o cirurgião dentista (CD) encontrava um espaço dedicado para anotação de qualquer observação que quisesse fazer em relação à pesquisa, ao questionário, ou mesmo para que deixasse seus dados pessoais, e-mail, permitindo que os resultados da pesquisa pudessem ser encaminhados, caso o cirurgião assim o desejasse.

5.4 Operacionalização da coleta de dados

As Associações Paulistas dos Cirurgiões Dentistas (APCDs), de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul foram visitadas previamente a fim de que os trâmites formais fossem realizados. Uma relação dos cursos disponíveis, com o número de profissionais inscritos em cada um deles, em cada uma das associações, foi disponibilizada visando a confecção dos questionários, que foram dispostos em envelopes individuais com o nome do curso, dia e horário da realização do mesmo, nome do orientador e número de alunos.

A partir desse momento deu-se início o período de coleta de dados que transcorreu ao longo do mês de dezembro de 2.002, realizado pela própria autora.

Em dia e horário determinados para cada um dos cursos, a autora se apresentou à respectiva entidade, procurando sempre o orientador do curso em questão, tendo este sido receptivo, em todas as visitas, permitindo que os questionários fossem distribuídos. Apenas

um coordenador exigiu que fosse apresentada a carta de autorização fornecida pela APCD, onde constava a permissão para a realização do estudo.

Em função da natureza teórica, laboratorial ou clínica de cada curso, não foi possível uma padronização para todos eles. Assim a coleta de dados transcorreu de 3 formas, a saber:

1) Quando o curso era de natureza teórica ou laboratorial: o coordenador, no intervalo da aula ou cedendo um pequeno espaço de tempo, permitia que a autora fizesse uma explanação a respeito da pesquisa, reforçando a colaboração dos profissionais, bem como o respeito aos aspectos éticos. Solicitava, ainda, uma leitura atenta do termo de consentimento que se encontrava anexado. Os questionários eram então distribuídos, e tão logo terminassem de respondê-los, eram recolhidos, tomando-se o cuidado de verificar se todos apresentavam o termo de consentimento assinado;

2) Quando o curso era de natureza clínica, o coordenador permitia que o questionário fosse distribuído aos alunos, prévia ou posteriormente ao atendimento, fornecendo a autora, as orientações individualmente, aguardando por conseguinte, o término de seu preenchimento;

3) Quando o coordenador não permitia a interrupção do curso, a fim de não prejudicar uma determinada atividade, ele(a) mesmo(a) se incumbia da distribuição, orientação quanto a colaboração no preenchimento e recolhimento dos questionários, solicitando à autora que os retirasse após o término das atividades.

A computação dos dados foi feita de forma manual, por sistema de fichas codificadas em sistema decimal.

5.5 Tratamento dos dados

Os dados foram distribuídos em tabelas e analisados em função de valores absolutos e relativos.

A fim de analisar globalmente os resultados obtidos, sob uma ótica classificatória, foi proposto um critério, no qual a obtenção da ordem de 95 a 100% de acertos, convencionou-se creditar o conceito Ótimo; para uma ordem de acertos de 85 a 95%, o conceito seria Muito Bom; Bom quando a porcentagem de acertos variasse de 70 a 85%; Regular para uma variação da ordem de 50 a 70% e por fim um conceito Insatisfatório para acertos inferiores a 50%, como pode ser visto no quadro a seguir:

% de ACERTOS	CONCEITO
95 – 100	Ótimo
85 – 95	Muito bom
70 – 85	Bom
50 – 70	Regular
0 – 50	Insatisfatório

6. RESULTADOS

6.1 Número de questionários respondidos

Conforme visto previamente, no Capítulo 4, a população do estudo foi constituída por 221 cirurgiões dentistas, inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Estes dentistas, que fizeram parte do estudo, pertenciam a uma população total de 140 dentistas inscritos na APCD de Santo André, 105 inscritos na APCD de São Bernardo e 85 inscritos na APCD de São Caetano, perfazendo um total de 330 profissionais. Devido a limitação do número de questionários obtidos, procedeu-se à apresentação descritiva dos resultados. A tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais em cada associação.

Tabela 1. Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

APCD(s)	N	%
SANTO ANDRÉ	90*	41,1
SÃO BERNARDO DO CAMPO	73	33,3
SÃO CAETANO DO SUL	56	25,6
TOTAL	219 *	100,0

* 2 alunos estavam inscritos em 2 cursos simultaneamente

Ocorreu durante a coleta de dados a identificação de 2 (dois) alunos que se encontravam inscritos simultaneamente em 2 (dois) cursos, reduzindo, portanto o grupo selecionado de 221 para 219 profissionais, o que corresponde a uma cobertura de 66,6% do total de profissionais.

A não participação da ordem de 33,4% dos profissionais ocorreu principalmente por estar o aluno envolvido em algum procedimento clínico que não o permitiu uma interrupção, fato este constatado freqüentemente nos cursos de implante. Faltas, desistências dos cursos ou ausência em virtude de falecimento na família foram as outras razões que impediram uma cobertura maior da população estudada.

6.2 Caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao perfil do informante

As variáveis: formação profissional, tempo de atividade profissional, faixa etária, sexo, realização de cursos prévios e área de interesse para procura de cursos, foram levadas em conta para a respectiva caracterização (Tabelas 2 a 7).

O presente estudo mostrou que os clínicos gerais predominaram na busca de novos conhecimentos, na área da Odontologia, como pode ser vista na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD (s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a formação profissional em dezembro de 2002.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
	N	%
CLÍNICO GERAL	168	76,7
ESPECIALISTA	51	23,3
TOTAL	219	100,0

Os clínicos gerais representaram 78,9%, 68,5% e 83,9% dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, respectivamente, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição, por (APCD), do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a formação profissional em dezembro de 2002.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	SANTO ANDRÉ		SÃO BERNARDO		SÃO CAETANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CLÍNICO GERAL	71	78,9	50	68,5	47	83,9	168	76,7
ESPECIALISTA	19	21,1	23	31,5	9	16,1	51	23,3
TOTAL	90	100,0	73	100,0	56	100,0	219	100,0

Embora o número de clínicos gerais tenha sido superior ao número de especialistas, vale lembrar que muitos destes clínicos estão fazendo algum curso, visando a especialidade. Por outro lado, a presença dos especialistas na procura dos cursos, significa que estes, apesar da especialidade, visam a procura de novos conhecimentos, muitas vezes, em áreas diversas.

O tempo (em anos) de atividade profissional dos cirurgiões dentistas mostra, segundo a tabela 4, que a procura por cursos, ocorreu em praticamente todos os intervalos, com predomínio daqueles formados há menos de 2 anos, de 2 a 5 anos, de 5 a 10 e de 10 a 20 anos, com números menos expressivos para aqueles formados entre o intervalo de 20 a 30 anos, e aqueles com 30 anos e mais de formatura.

Tabela 4 – Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas, inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o tempo de atividade profissional em dezembro de 2002.

TEMPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (EM ANOS)	N	%
menos de 2	55	25,1
2 --- 5	56	25,6
5 --- 10	42	19,2
10 --- 20	40	18,3
20 --- 30	23	10,5
30 e mais	3	1,3
TOTAL	219	100,0

A distribuição dos cirurgiões dentistas segundo o tempo de atividade profissional diferiu um pouco entre as associações, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição por (APCD), do número e percentagem dos cirurgiões dentistas, inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o tempo de atividade profissional em dezembro de 2002.

	SANTO		SÃO		SÃO		TOTAL	
	ANDRÉ		BERNARDO		CAETANO			
TEMPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (ANOS)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 2	24	26,7	17	23,3	14	25,0	55	25,1
2 --- 5	29	32,2	12	16,4	15	26,8	56	25,6
5 --- 10	15	16,7	15	20,5	12	21,4	42	19,2
10 --- 20	14	15,6	17	23,3	9	16,1	40	18,3
20 ---30	7	7,8	10	13,7	6	10,7	23	10,5
30 e mais	1	1,1	2	2,7	0	0	3	1,3
TOTAL	90	100,0	73	100,0	56	100	219	100,0

A categoria dos cirurgiões dentistas compreendidos num intervalo entre 2 e 5 anos de formado, foi o grupo que apresentou uma maior procura por cursos, representado, por 25,5%, sendo a APCD de Santo André, a que mais concentrou este grupo de profissionais (32,2%), seguida da APCD de São Caetano do Sul com 26,8%.

A APCD de São Bernardo do Campo, recebeu em seus cursos, principalmente profissionais recém formados (menos de 2 anos) e aqueles incluídos no intervalo entre 10 a 20 anos, com idênticos 23,3% dos profissionais que procuraram esta associação.

O segundo intervalo de maior procura entre as associações foi o de profissionais recém formados (menos de 2 anos), com uma distribuição homogênea entre as associações (26,7%; 23,3% e 25,0%), para Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, respectivamente.

Profissionais apresentando entre 20 e 30 anos de formatura representaram 10,5% do total de dentistas que procuraram as APCD(s), sendo a APCD de São Bernardo do Campo a que mais recebeu esta categoria de profissionais (13,7%). Profissionais com mais de 30 anos de formado que procuraram os cursos representaram 1,1%; 2,7% e 1,3% da população estudada, novamente para Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, respectivamente.

Tabela 6 – Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a faixa etária, no mês de dezembro de 2.002.

FAIXA ETÁRIA	N	%
MENOS DE 25	32	14,7
25 --- 30	88	40,3
30 --- 35	37	17,0
35 --- 40	25	11,5
40 --- 50	25	11,5
50 E MAIS	11	5,0
TOTAL	218	100,0

* 1 CD não respondeu a este item

Os dados apresentados na tabela 6 mostram que o grupo compreendido entre os 25 e 30 anos representaram a categoria que mais procurou os cursos das associações, demonstrando números superiores àqueles dos grupos compreendidos entre as outras faixas etárias analisadas.

Como pode ser visto na tabela 7 a distribuição deste grupo de profissionais foi de 44,4% para a APCD de Santo André, 33,3% para a APCD de São Bernardo e 42,8% para São Caetano.

Tabela 7 – Distribuição dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo a faixa etária, no mês de dezembro de 2.002.

FAIXA ETÁRIA	SANTO ANDRÉ		SÃO BERNARDO		SÃO CAETANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENOS DE 25	15	16,7	8	11,1	9	16,1	32	14,7
25 --- 30	40	44,4	24	33,3	24	42,8	88	40,3
30 --- 35	14	15,6	14	19,4	9	16,1	37	17,0
35 --- 40	11	12,2	7	9,7	7	12,5	25	11,5
40 --- 50	7	7,8	13	18,1	5	8,9	25	11,5
50 E MAIS	3	3,3	6	8,3	2	3,6	11	5,0
TOTAL	90	100,0	72*	100,0	56	100,0	218	100,0

*1 CD não respondeu a este item

Dados da tabela 7 mostram que a categoria com menos de 25 anos, bem como aquela compreendida entre 30 e 35 anos, apresentaram uma distribuição semelhante em números e entre todas as associações. Já a categoria que engloba profissionais entre 35 a 40 anos apresentou uma procura sutilmente maior pelas associações de Santo André e São Caetano do Sul (12,2% e 12,5% respectivamente), comparadas com São Bernardo do Campo (9,7%). Situação esta que se inverteu ao analisar o grupo compreendido entre 40 e 50 anos que apresentou procura maior pela

associação de São Bernardo do Campo (18,1%) quando comparada com a procura em Santo André e São Caetano, com respectivamente 7,8% e 8,9%.

A categoria que engloba os profissionais com 50 e mais anos, foi a que apresentou a menor procura, em torno de 5%, sendo a APCD de São Bernardo procurada numa percentagem um pouco superior (8,3%), comparada com Santo André (3,3%) e São Caetano (3,6%).

Tabela 8 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo sexo, no mês de dezembro de 2.002.

SEXO	N	%
FEMININO	133	61,3
MASCULINO	84	38,7
TOTAL	217*	100,0

(*) : 2 cirurgiões dentistas não responderam a este item

Dados da tabela quanto à distribuição segundo o sexo na procura pelos cursos oferecidos pelas APCD(s) mostram, uma predominância do sexo feminino (61,3% do total).

A distribuição dos cirurgiões dentistas, segundo o sexo, entre as associações, mostrou um aspecto bastante interessante. Enquanto, de um lado, a procura pelos

cursos em Santo André e São Caetano foi duas vezes maior entre as pessoas do sexo feminino, por outro, a procura, na APCD de São Bernardo mostrou uma distribuição homogênea entre homens e mulheres, como pode ser visto na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo sexo, no mês de dezembro de 2.002.

	SANTO		SÃO		SÃO		TOTAL	
	ANDRÉ		BERNARD		CAETAN			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SEXO								
FEMININO	58	65,2	38	52,8	37	66,1	133	61,3
MASCULINO	31	34,8	34	47,2	19	33,9	84	38,7
TOTAL	89 ^(*)	100,0	72 ^(*)	100,0	56	100,0	217	100,0

(*) : 1 CD não respondeu a este item

(*) : 1 CD não respondeu a este item

Quanto à procura por cursos após a graduação, praticamente todos os cirurgiões dentistas afirmaram tê-los procurado. Apenas 2 (dois) alunos relataram não terem feito nenhum curso. Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo e São Caetano, segundo a realização de cursos prévios. Dez/2002.

CURSOS PRÉVIOS	SÃO				SÃO		TOTAL	
	SANTO ANDRÉ		BERNARDO		CAETANO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	89	98,9	73	100	55	98,2	217	99,1
NÃO	1	1,1	0	0	1	1,8	2	0,9
TOTAL	90	100	73	100	56	100	219	100

Dentre os alunos que realizaram cursos, os de natureza teórica/ clínico e laboratorial foram os mais procurados, como pode ser visto na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo e São Caetano, segundo a natureza dos cursos realizados posteriormente à graduação. Dez/ 2002.

CURSOS PRÉVIOS	SÃO							
	SANTO ANDRÉ		BERNARD O		SÃO CAETANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TEÓRICO	18	15,0	18	18,4	9	12,9	45	15,6
TEÓRICO/ LABORAT.	19	15,8	9	9,2	12	17,1	40	13,9
TEORICO/CLÍNICO E LABORATORIAL	83	69,2	71	72,4	49	70,0	203	70,5
TOTAL	120	100,0	98	100,0	70	100,0	288	100,0

Tabela 12 - Distribuição das especialidades mais procuradas pelos cirurgiões dentistas inscritos nos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

ESPECIALIDADES	N	%
CIRURGIA	80	14,7
DENTÍSTICA	77	14,1
ENDODONTIA	70	12,9
IMPLANTE	89	16,4
ODONTOPEDIATRIA	23	4,2
ORTODONTIA	61	11,2
OUTRO	24	4,4
PERIODONTIA	44	8,1
PRÓTESE	76	14,0
TOTAL	544	100,0

Como pode ser visto na tabela 12, o curso que tem sido procurado com maior intensidade é o curso de implante (16,4%), seguido pelos cursos de cirurgia, dentística, prótese e endodontia (14,7%, 14,1%, 14,0% e 12,9%, respectivamente). Cursos de ortodontia, periodontia e outro, representaram respectivamente (11,2%, 8,1% e 4,4%).

6.3 Caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao conhecimento

A caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao conhecimento sobre os vários aspectos das doenças periodontais (etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e tratamento) estão dispostas nas tabelas 13 a 17.

A análise do conhecimento se processou em função dos valores totais, não sendo objetivo a análise individualizada, nas respectivas associações, e sim no conjunto.

Tabela 13 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre etiologia das doenças periodontais. Dez/ 2002.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7	210	95,9	9	4,1	219	100,0
8	208	95,0	11	5,0	219	100,0
TOTAL	418	95,5	20	4,5	438	100,0

Com relação ao conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre a etiologia das doenças periodontais, representado pelas questões 7 e 8, dos 219 dentistas, 210 acertaram a questão 7 e 208 acertaram a questão 8, correspondendo a 95,9% e 95,0% de acertos, respectivamente.

Tabela 14 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre diagnóstico das doenças periodontais. Dez/ 2002.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
9	215	98,2	4	1,8	219	100,0
10	212	96,8	7	3,2	219	100,0
TOTAL	427	97,5	11	2,5	438	100,0

As questões 9 e 10 representaram o conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação ao diagnóstico das doenças periodontais. A percentagem de acertos nestas duas questões foi de 97,5%, indicando que dos 219 cirurgiões dentistas analisados, 4 erram a questão de número 9, e 7 erraram a questão de número 10.

Tabela 15 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre características clínicas das doenças periodontais. Dez/ 2002.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11	215	98,2	4	1,8	219	100,0
12	165	75,3	54	24,7	219	100,0
TOTAL	380	86,8	58	13,2	438	100,0

Com relação às características clínicas das alterações periodontais, a questão 11 tinha por objetivo, analisar as características clínicas de gengivite. Acertaram esta questão 98,2% dos dentistas, ou seja, 215.

A questão 12 visava analisar o conhecimento das características clínicas envolvidas num processo saúde/doença. Dos 219 profissionais estudados, 165 acertaram (75,3%), ao passo que 54 (24,7%) erraram.

Tabela 16 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre tratamento das doenças periodontais. Dez/ 2002.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13	217	99,1	2	0,9	219	100,0
14	216	98,6	3	1,4	219	100,0
TOTAL	433	98,8	5	1,2	438	100,0

A tabela 16 mostra a distribuição dos cirurgiões dentistas quanto ao conhecimento sobre tratamento das doenças periodontais, representado pelas questões de números 13 e 14, evidenciando um total de acertos da ordem de 98,8%, sendo que na questão 13, 217 dentistas acertaram (99,1%) e na questão 14, o nível de acertos foi da ordem de 98,6%. Isto indica que 2 alunos erraram a questão 13, e 3 alunos apresentaram erro na questão 14.

Tabela 17 - Distribuição do número e percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, segundo o conhecimento sobre prevenção das doenças periodontais. Dez/ 2002.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15	218	99,5	1	0,5	219	100,0
16	216	98,6	3	1,4	219	100,0
TOTAL	434	99,0	4,0	1,0	438	100,0

A tabela 17 mostra dados referentes ao conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre a prevenção das doenças periodontais, caracterizado pelas questões 15 e 16.

Os índices de acerto foram de 99,5% para a questão de número 15 e de 98,6%, para a questão de número 16, indicando que 1 aluno errou a questão 15 e 3 erraram a questão 16.

7. DISCUSSÃO

Independentemente da Faculdade ou Universidade que o aluno tenha concluído seu curso de graduação, os aspectos analisados por este trabalho (etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e tratamento das doenças periodontais) constam das diretrizes curriculares dos cursos de Odontologia e que devem ser abordados sob a disciplina de Periodontia que é parte integrante das matérias de formação profissionalizante (ABENO 1998).

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia (ABENO 1998) determinam que o aluno deva possuir um nível de conhecimento e compreensão sobre as características dos distúrbios e alterações da cavidade bucal, ter habilidade para identificá-los, tanto em pacientes como em grupos populacionais, bem como realizar procedimentos adequados para investigação, prevenção, tratamento e controle dos mesmos.

O cirurgião dentista deve atuar tendo como preocupação, a promoção da saúde bucal da população, num contexto onde, embora exista um trabalho preventivo, ainda é muito evidente a prevalência de cárie e doenças periodontais (ABENO 1998).

Considerando que as doenças periodontais representam um problema de saúde pública, em função de sua alta prevalência, mesmo que em sua forma moderada e, sabendo que sua severidade é uma das maiores responsáveis pela mutilação dental em adultos, e diante das exigências propostas pelas diretrizes curriculares dos cursos de odontologia é fundamental que o cirurgião dentista tenha habilidade em diagnosticar, prevenir e tratar as doenças periodontais, o mais

precocemente possível. Para tanto é necessário ter conhecimento sobre sua causa, sobre seus meios diagnósticos, sobre suas características clínicas, sobre seus métodos de prevenção e tratamento.

Dados obtidos por este trabalho revelam que o conhecimento dos Cirurgiões Dentistas nas dimensões estudadas, de acordo com a óptica classificatória proposta, foi ótimo quanto a etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças periodontais e bom quanto às características clínicas.

Diante da questão de número 7, onde se perguntava qual a etiologia das doenças periodontais, ficou evidenciado um conhecimento da ordem de 95,9%, ou seja, 210 CD assinalaram a alternativa que continha a resposta correta (placa bacteriana). O trabalho sobre Gengivite Experimental em Humanos, de LÖE e col., de 1965, tornou-se clássico dentro da Periodontia e por si só justifica a resposta, embora a maioria, senão todos os autores pesquisados concordem com a relação causal placa bacteriana – gengivite (CARRANZA 197; FDI 1982b; LINDHE 1997; GENCO e col. 1993, 1998; OPPERMAN e GOMES 1999).

Acreditar que o tártaro é causa da doença periodontal é mero engano visto que representa apenas um agente etiológico secundário, por dificultar a remoção adequada da placa bacteriana (LINDHE 1997).

O fumo representa mais um fator de risco do que causa propriamente dita da doença (SALLUM e col. 1999), sendo considerado um comportamento de risco (GENCO 1996), evidenciado por um efeito dose-dependente: quanto mais o indivíduo fuma e por mais tempo, maior a severidade da doença periodontal (GROSSI e col. 1994; RYDER e col. 1996; BURT 1996). A diminuição da resposta imunológica mediante à redução de anticorpos frente a um grupo de patógenos

periodontais tem acarretado um aumento da extensão e da severidade da doença periodontal nos pacientes fumantes (SCHENKEIN e col. 1995; GROSSI 1994).

Dada a susceptibilidade da doença frente à presença de fatores de risco, onde o fumo atua como fator decisivo, e em função do aumento do número de adolescentes fumantes (KAVANAGH 1998), alterações de níveis futuros de doença periodontal poderão estar presentes, exigindo futuramente prioridade de atenção a este grupo.

A questão 8 (oito) foi elaborada com a finalidade de analisar o conhecimento da etiologia das doenças periodontais, assim como a questão 7, porém evidenciava a participação dos fatores de risco, que como visto não são agentes etiológicos diretos mas modificadores do seu curso, de sua severidade, deixando para a placa bacteriana o papel principal. Responderam corretamente a este questão 208 dentistas, evidenciando uma porcentagem de acertos da ordem de 95,0%.

Os hormônios sexuais, estrógeno e progesterona, vistos como fatores de risco, embora atinjam níveis elevados durante a gravidez não são capazes de provocar alteração nos tecidos gengivais; por outro lado, se estiverem na presença de fatores irritantes locais tais como a placa bacteriana, determinam uma resposta inflamatória acentuada (EGBERT e col. 1999; EMRICH e col. 1991; GENCO 1996). A severidade da gengivite tende a regredir após o parto, quando os níveis de hormônios diminuem e a remoção dos fatores etiológicos locais é executada, por meio de tratamento convencional (raspagem e alisamento radicular) e por meio de adequado controle de placa (EGBERT e col. 1999).

Alguns assinalaram a alternativa que indicava o stress como agente desencadeante da gengivite. Quanto a este aspecto, a literatura mostra que o estado

emocional (stress) de um indivíduo tem sido identificado como um possível fator de risco (GENCO e col. 1991, 1996; SALLUM e col. 1999), e não fator causal da doença periodontal. O quadro clínico mais comum associado ao stress corresponde à Gengivite Aguda, caracterizada por uma alteração gengival característica que surge num dado momento em que três componentes estão presentes: estresse, fumo e placa bacteriana, não sendo, o stress, portanto, o fator etiológico da doença.

As questões 9 e 10 destinaram-se a identificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre meios diagnósticos das doenças periodontais. Os resultados do trabalho demonstraram um conhecimento ótimo por parte dos CD neste aspecto, representado por 98,2% de acertos na questão 9 e 96,8% na questão 10.

A natureza crônica e episódica da periodontite (PINTO 1990; MENASSA e DYKE 1998; PAGE 1998) denotam dificuldades em determinar os períodos ativos da doença (MENASSA e PYKE 1998; PAGE 1998), o que significa dizer, que infelizmente as descrições detalhadas dos critérios diagnósticos não estão disponíveis, e portanto, o diagnóstico das doenças periodontais ainda não está claro (MENASSA e PIKE 1998). No entanto, não é possível admitir que o diagnóstico seja baseado, por exemplo, na queixa do paciente (BRADY 1984).

A ausência de sintomatologia dolorosa (BRADY 1984) decorrente de sinais inócuos presentes em estágios iniciais das doenças periodontais, exige do profissional, habilidade diagnóstica (CORN 1970).

Até que se disponibilize testes microbiológicos (exame laboratorial) para estudos epidemiológicos (FDI 1980; OPPERMAN e GOMES 1999), visando a identificação de sítios ativos de doença, a sondagem periodontal tem sido e continua a ser uma das ferramentas diagnósticas mais úteis na determinação da presença e a

severidade das lesões periodontais, permitindo ao clínico, com um meio simples e relativamente confiável avaliar o estado periodontal (LISTGARTEN 1980; TINOCCO e TINOCCO 2000).

O conhecimento a respeito das características clínicas das doenças periodontais foi medido pelas questões de números 11 e 12, tendo sido obtido 98,2% de acertos para a primeira e 75,3% para a segunda. Esta dimensão estudada, sob uma óptica classificatória, recebeu conceito bom.

A questão 11 foi destinada ao conhecimento das características clínicas da gengivite. Dos dentistas estudados, 215 assinalaram a alternativa correta, havendo um consenso de que as características clínicas da gengivite são representadas por gengiva avermelhada, edemaciada e sangramento à sondagem refletindo desta maneira, os estágios histopatológicos da doença como descritos por PAGE e SHROEDER (1997) e FDI (1982b).

Já na questão 12, ao analisar o conhecimento das características clínicas de um processo saúde – doença, 165 alunos assinalaram a alternativa correta.

Uma avaliação dada pela cor da gengiva é demasiada superficial para afirmar a existência de saúde periodontal. A cor depende da espessura do epitélio, da pigmentação melânica e da umidade presente na área (OPPERMAN 1999), sendo possível o indivíduo apresentar saúde gengival na ausência de gengiva de coloração rósea, e por outro lado apresentar inflamação mesmo na presença de uma gengiva de coloração rósea se houver sangramento à sondagem. Um exame baseado apenas na coloração dos tecidos gengivais pode permitir que uma série de alterações passem

despercebidas caso não seja feita uma avaliação por meio de uma sonda (EATON 1998; CROXSON 1998).

A instalação da Periodontite, hoje não pode ser analisada simplesmente pela decorrência da gengivite, que sustentava um aspecto universal da doença (AAP 1996; PAGE 1998). Apesar de ser precedida pela gengivite constitui-se uma doença à parte, de natureza episódica onde os surtos de progressão ocorrem em poucos lugares e acometendo uma pequena parcela da população (AAP 1996; PAGE 1998; KAVANAGH 1998). A dor como característica marcante da periodontite leve, moderada ou severa como visto, não é pertinente, dada a frequente ausência de sintomatologia dolorosa (BRADY 1984).

As questões 13 e 14 visavam analisar o conhecimento sobre o tratamento da gengivite e periodontite, respectivamente. Os resultados deste trabalho evidenciaram um elevada porcentagem de acertos 99,1% e 98,6%, respectivamente para cada uma das questões, sendo atribuído, de acordo com a visão classificatória, um conceito ótimo.

Tanto o tratamento da gengivite, por meio de eliminação de placa bacteriana por meio de escova e fio dental, bem como o tratamento da periodontite, num estágio precoce, por meio de procedimentos básicos (raspagem e alisamento radiculares) associado ao ensino de higiene bucal (escova e uso do fio), estão bem estabelecidos (OPPERMAN e RÖSING 1999).

As questões de números 15 e 16 foram elaboradas com a finalidade de identificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre prevenção das doenças periodontais. Mediante as respostas foram obtidos 99,5% e 98,6% de acerto,

respectivamente para as questões 15 e 16, evidenciando segundo a classificação um conceito ótimo. A prevenção das doenças periodontais, seja da gengivite ou periodontite, visto que, ao prevenir a primeira, automaticamente se previne a segunda, se baseia na redução, desestruturação ou eliminação da placa bacteriana (TINOCCO e TINOCCO 1999; LÖE e col. 1965; LINDHE e AXELSSON 1981; OPPERMAN 1999; FDI 1982b). A eliminação total da placa denota uma abordagem tradicional que tem sido questionada por ser considerada irreal e fora da realidade (SHEIHAM 1983; BURT 1993) porquê, primeiro, poucas pessoas são capazes de fazê-lo, segundo, porquê algum nível de placa parece ainda ser compatível com saúde bucal.

O uso de antissépticos bucais somente será capaz de prevenir e eliminar as doenças periodontais se estiver associado aos meios mecânicos de limpeza (escova e fio dental), pois agem como coadjuvantes (ADAMS e col. 1998).

Acredita-se que o melhor meio de prevenção seja aquele que associe programas preventivos pessoais aos profissionais (ADAMS 1998).

Pesquisas têm sido feitas com o objetivo de identificar as melhores estratégias educativas. A televisão é um poderoso método de comunicação participando da educação do público (BAKDASH 1984). No entanto, são mais efetivas se associadas à comunicação pessoal, fornecida pelo cirurgião dentista, porém esta pode ser considerada uma condição crítica, visto que este profissional tem empregado apenas 2,8% de seu tempo clínico para procedimentos voltados para a Periodontia (BAKDASH 1983a).

Cabe ressaltar que todos os aspectos, programas preventivos estão relacionados diretamente a diversas variáveis sociais, tais como condição sócio-

econômica e estilo de vida (FDI 1982a), onde o comportamento individual possui papel decisivo no controle quer seja da cárie ou da doença periodontal (BURT 1993).

Em tempos onde os fatores de risco têm permanecido em evidência, suportando uma intermediação não causal, mas modificadora das doenças periodontais, atuando no seu processo de estabelecimento e progressão, ao serem eliminados constitui-se portanto, em uma medida preventiva.

Estabelecida uma discussão à cerca dos conhecimentos apresentados pelos cirurgiões dentistas diante dos dados existentes na literatura, é oportuno neste momento pontuar uma pequena discussão a respeito do cirurgião dentista, como membro integrante da força de trabalho na área da saúde, sem esquecer, no entanto, de caracterizar o perfil daqueles que procuram os cursos das APCD(s), em especial dos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano.

Hoje, uma boa parte dos profissionais que se formam, procuram de imediato novos cursos, cujo motivo pela procura somente é possível delinear, seja para suprir alguma deficiência apresentada pela instituição onde cursou, seja, para se especializar, deixando de lado a visão de promoção de saúde que vai muito além do trabalho individual confinado a 4 (quatro) paredes. No estudo apresentado 55,1% dos dentistas que procuram os cursos das APCD(s) dos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul têm menos de 30 anos de idade e, concomitantemente 50,7% têm menos de 5 anos de atividade profissional, sendo 25,1% recém-formados (menos de 2 anos de atividade profissional) e 25,6% com 2 a 5 anos de atividade. Em geral, é o clínico geral quem mais procura os cursos. No entanto, dos 168 clínicos (76,7% do grupo selecionado), muitos estavam inscritos em

cursos de especialização, prestes a adquirir um título de especialista. Diante do avanço tecnológico e a presença de equipamentos sofisticados, foi possível constatar, curiosamente, que um dos cursos mais oferecidos e, conseqüentemente um dos mais procurados foi o de implante, sem contudo ter a pretensão de fazer uma avaliação crítica entre os cursos mais e os menos procurados, a começar pelo número de vagas disponíveis para cada um deles, que varia em função da característica de cada curso, da proposta de cada um deles.

A procura por cursos pode ainda refletir a necessidade dos dentistas em atualizar-se, ou seja, resgatar novos conhecimentos que surgem com o passar dos anos, devendo atrair a atenção daqueles que estivessem defasados em função do tempo de atividade profissional, decorridos anos sem reciclagem. As classes que compreendem aqueles entre 10 e 20 anos de formatura e 20 a 30 anos contribuíram juntas com 28,8% da procura pelos cursos.

A razão real pela qual ocorre a procura é uma tarefa difícil, não sendo objeto do presente estudo, mas é possível trazer à luz um questionamento, pois percebe-se profissionais cada vez mais jovens, recém formados buscando um campo de conhecimento cada vez mais especializado (CNSB 1993), visando oferecer seu trabalho a um contingente de pessoas que devem representar aproximadamente 5% da população, com condições sócio-econômicas e de acesso a tratamento odontológico (NARVAI 1994,1999), o que vem a reforçar o pensamento neoliberal tanto na formação como na utilização dos recursos humanos em odontologia (NARVAI 1999).

À luz do contexto de Promoção de Saúde, a visão curativa associada a procedimentos técnico-científicos parece ainda predominar em detrimento da

compreensão dos determinantes sociais de saúde – doença (FREITAS 1993; TRAEBERT 1996).

Um quadro dramático evidenciado por indicadores epidemiológicos mostra uma situação inaceitável, principalmente diante do reconhecimento pela legislação nacional de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL 2001). Em um país onde o número de cursos de Odontologia se expande a cada ano, de 66 em 1982 (PINTO 1990) a 86 em 1993 (CNSB 1993) e que concentra 11% dos dentistas de todo o mundo (FREITAS 1993), permitir que exista uma mutilação em massa, conduz a uma série de críticas à prática da odontologia no Brasil (NARVAI 1999). Portanto é possível afirmar que o atual número de cirurgiões dentistas inseridos no mercado de trabalho do Brasil não condiz com a situação de saúde bucal dos brasileiros, onde a distribuição dos dentistas é irregular, seguindo padrões geográficos e sócio-econômicos.

Apenas nos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, o número de cirurgiões dentistas chegava a 3.215 em 2.002 (CRO-SP 2002), para atender uma população de 1.287.363 habitantes (CRO-SP 2002), o que significa 1 CD para 462 habitantes. Somente em São Caetano existem 573 dentistas para atender uma população de 140.227 habitantes, ou seja, 1CD: 244hab (CRO-SP 2002).

Muitos profissionais, no auge de seu conhecimento técnico-científico, podem ter seu potencial sendo subutilizado, em função da dificuldade em manter-se em meios privados, devido a uma formação elitista que tem direcionado a uma prática incoerente com a realidade nacional (GARRAFA 1982), associado à falta de oportunidade no setor público, e diante da falta de motivação podem não estar

utilizando sua capacidade diagnóstica, preventiva e terapêutica, apesar de ter conhecimento para tal, permitindo, no caso das doenças periodontais, que certos processos iniciais avancem, pois o conhecimento sozinho não é capaz de melhorar a condição de saúde da população, ele precisa ser transformado em comportamento, em conduta, e portanto, sugere-se trabalhos que visem esta finalidade.

8. CONCLUSÕES

Quanto à caracterização do perfil do informante, ou seja, do cirurgião dentista que procura os cursos das Associações Paulistas dos Cirurgiões Dentistas (APCD) dos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul foi possível concluir segundo as respectivas variáveis estudadas que:

- Entre clínicos gerais e especialistas, os clínicos gerais predominam na procura pelos cursos, contabilizando 76,7% do grupo estudado;
- Do grupo estudado, 50,7% dos cirurgiões dentistas que procuram os cursos apresentam tempo de atividade profissional inferior a 5 anos;
- A faixa etária que mais expressão apresentou foi aquela compreendida entre 25 e 30 anos;
- O sexo feminino contribuiu com 61,3% da procura;
- Quase 100% do grupo estudado, (99,1%) relatou ter realizado algum curso após a graduação, onde 70,5% relataram ter realizado cursos de natureza teórico/ clínico e laboratorial, ou seja, cursos que envolvem parte prática;
- A área de implante foi a que mais recebeu indicação de interesse por parte dos cirurgiões dentistas.

A indicação de 20,3% de interesse para o curso de Periodontia, apesar de não muito expressivo chamou a atenção visto que nenhum curso de periodontia foi visitado, o que denota interesse em atualizar-se nesta área.

Quanto a caracterização dos cirurgiões dentistas em função do conhecimento nas dimensões propostas a respeito das doenças periodontais foi possível concluir que:

- Do ponto de vista da etiologia das doenças periodontais, os profissionais apresentaram 95,5% de acertos nas questões que abordavam esta dimensão;
- Analisando a questão do diagnóstico das doenças periodontais, foram obtidos 97,5% de acerto nas questões elaboradas para este fim;
- Nas questões que abordavam a dimensão das características clínicas foi constatado um total de acertos da ordem de 86,8%;
- A dimensão do tratamento, quando analisada por meio das questões pertinentes, evidenciou um total de acertos da ordem de 98,8%;
- Do ponto de vista da prevenção das doenças periodontais, 99,0% dos profissionais pertencentes ao grupo selecionado acertaram as questões elaboradas para esta finalidade.

De uma forma geral, segundo a óptica classificatória global proposta foi possível concluir que os cirurgiões dentistas apresentaram conceito ótimo nas

dimensões da etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças periodontias e conceito bom para a dimensão das características clínicas.

Ao obter a distribuição dos Cirurgiões Dentistas entre as APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, mesmo não sendo objetivo compará-las, viabiliza-se este estudo.

Os cirurgiões dentistas que utilizaram o espaço deixado ao final do questionário, em geral o fizeram deixando e-mail ou endereço para que os resultados dessa pesquisa possam ser encaminhados. Outros relataram considerar a pesquisa interessante, acreditando na importância da mesma e incentivando o trabalho. E alguns profissionais sugeriram estudos que associassem o trauma oclusal como um “fator etiológico da doença periodontal”, por acreditarem que este seja um fator determinante na ocorrência da doença.

Estudar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas ou a sua consciência sobre os diversos aspectos das doenças evidenciou uma escassez de literatura como relatada por GIFT (1988). Mas acreditando que a participação destes profissionais seja importante na promoção de saúde, espera-se que este trabalho venha incentivar novos modelos de pesquisa nesta área, associando as técnicas de pesquisa qualitativa às de pesquisa quantitativa, visto que, apesar dos resultados favoráveis do presente estudo, nada pode ser concluído sobre o comportamento e a conduta destes profissionais, reiterando enfim, a necessidade de novos estudos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [AAP]. American Academy of Periodontology. Epidemiology of Periodontal Diseases. **J Periodontol** 1996; 67: 935-945.
2. Adams D, McGuire M, Gray J, Hancock E, Addy M, Bakdash B, Cohen W, Egelberg, Hutchens LH, Low S, Tannenbaum P, Waldrop T, Winkelhoff A. Prevention. **JADA** 1998; 129 (9-10 – nº esp.): 9s-18s.
3. Ainamo J, Ainamo A. Prevention of Periodontal disease in the mixed dentition. **Int Dent J** 1981; 31: 125 –131.
4. Ainamo J, Barmes D, Cutress T, Martin J, Infirri JS. Development of the World Health Organization (WHO). Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). **Int Dent J** 1982; 32: 51-58
5. [Anonymus]. Towards better periodontal health. **NZ Dent J** 1983; 79:31-32.
6. Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia. Portaria SESU/MEC 146 de 10.03.98. <http://www.abeno.org.br/prop.htm>. 16 Nov de 2002.
7. Axelsson P and Lindhe J. Effect of Controlled Oral hygiene Procedures on caries on Periodontal Disease in adults. Results after 6 years. **J Clin Periodont** 1981; 8: 239- 248.
8. Bakdash MB, Keenan KN. An Evaluation of the Effectiveness of Community preventive Periodontal Education. **J Periodontol** 1978; 49: p.: 362-366.
9. Bakdash MB, The Use of Mass Media in comunity Periodontal Education. **J Public health Dent** 1983a; 43: 128 –131.

10. Bakdash MB, Lange AL, Mc Millan DG. The Effect of a Televised Periodontal Campaign on Public Periodontal Awareness. *J Periodontol* 1983b; 54(11): 666 – 670.
11. Bakdash MB, McMillan DG, Lange AL. Minnesota Periodontal Awareness Television Campaign. *Northwest Dent* 1984;63 (6): 12-17.
12. Barmes DE. Features of oral health care across cultures. *Int Dent J* 1976;26: 353-368.
13. Bazarian J. **O problema da verdade: teoria do conhecimento**. 3ª. ed. São Paulo: Alfa Omega; 1988.
14. Becker W, Berg MrL, Becker BE. Untreated Periodontal Disease: A Longitudinal Study. *J Periodontol* 1979 ; 50: 234 – 244.
15. Botazzo C, Manfredini MA e Narvai PC. Força de trabalho em Saúde bucal. **Saúde em Debate** 1989; 24: 74-77.
16. Botazzo C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde; 1994.
17. Brady WF. Periodontal disease awareness. *J Am Dent Assoc* 1984; 109(5): 706 – 710.
18. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil e do Estado de São Paulo**. São Paulo: IMESP; 2001.
19. Burt BA. Public health implication of recent research in periodontal diseases. **J Public Health Dent** 1988; 48(4) 252- 256.
20. Burt BA. The prevention connection: linking dental health education and prevention. *Int Dent J* 1993; 33(2):188-195.

21. Carranza Jr F. **Periodontia Clínica de Glikman**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1979.
22. Chaves MM. **Odontologia Social**. 3ª ed. São Paulo. Editora Artes Médicas; 1986.
23. Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), 1ª. Brasília, DF, 1986. **Relatório Final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
24. Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), 2ª. Brasília, DF, 1993. **Relatório Final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.
25. Corn H. Preventing Periodontal Disease: Start with the Child. **Dent Surv** 1970; 46(7): 30-32.
26. Craft M, Sheiham A. Attitudes to prevention amongst dental practitioners. A comparison between the North and South of England. **Brit Dent J** 1976;(141): 371 – 376.
27. Croxson LJ. Index of Treatment Needs (WHO) in general practice. **Int Dent J** 1984 ; 34(1) : 28 –34.
28. Croxson LJ. The New Zealand Periodontal Awareness Campaign: 1. Preliminary awareness by dentists and the public. **J N Z Soc Periodontol** 1987; (64):6 –12.
29. Croxson LJ. Practical periodontics. Awareness of periodontal disease – the patient. **Int Dent J** 1998; 48 Suppl 1 : 256 – 260.
30. Cutress TW, Powell RN, Ball ME. Differing profiles of periodontal disease in two similar South Pacific island populations. **Comm Dent Oral Epidemiol** 1982; 10:193.

31. Cutress TW, Ainamo J, Infriri JS. The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. **Int Dent J** 1987; 37: 222-33.
32. De Pommereau V, Dargent-Paré C, Robert JJ and Brion M. Periodontal Status in Insulin-dependent diabetic Adolescents. **J Clin Periodontol** 1992; 19: 628-632.
33. Eaton KA. Awareness of periodontal diseases: the professional and the civil servant. **Int Dent J** 1998; 48suppl 1: 248 – 255.
39. Egbert B, Toledo C, Rossa Jr C. Influências das Condições Sistêmicas sobre as Doenças Periodontais e das Doenças Periodontais sobre as Condições Sistêmicas. In: Tunes UR, Rapp GE coordenadores. **Atualização em Periodontia e Implantodontia**. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999.p29-60.
34. Emrich LJ, Shlossman M and Genco RJ. Periodontal Disease in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. **J Periodontol** 1991; 62: 123-131.
35. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde (NEPESS). Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES). **Relatório final do “Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998”**.
36. Fédération Dentaire Internationale (FDI). Global goals for oral health in 2000. **Int Dent J** 1982a; 32(1):74-77.
37. Fédération Dentaire Internationale (FDI). WHO Scientific Woekshop, 1980. Erfurt. A etiology and prevention of dental caries and periodontal diseases. **Int Dent J** 1982b; 32(1):77-88.

38. Freitas SFT. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Programas Comunitários de Saúde Bucal. **Saúde em Debate** 1993; 40: 43-47.
39. Garrafa V. **Contra o Monopólio da Saúde**. Rio de Janeiro: Achimé; 1982.
40. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. **Periodoncia**. México. Editora Interamericana; 1993.
41. Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases. **J Periodontol** 1996; 67 Suppl 10:1041-1049.
42. Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. **Ann Periodontol** 1998; 3(1):288-302.
43. Genco RJ, Løe H. The role of systemic and disorders in periodontal disease. **Periodontology** 2000 2000; 2: 98-116.
44. Gift HC. Awareness and assessment of periodontal problems among dentists and the public. **Int Dent J** 1988; 38: 147 – 153.
45. Gil AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas; 1994a.
46. Gil AC. **Metodologia do Ensino Superior**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas; 1994b.
47. Goldenberg HJV, Carberry FJ. The Rise of Consumerism in Periodontics. **Dental Clinics of North America** 1980; 24(4): 833-838.
48. Greene JC. Principios generales de epidemiologia y metodos para medir prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal. In: Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. **Periodoncia**. México. Editora Interamericana; 1993. p.99-107

49. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, Norderyd OM and Genco RJ. Assessment of Risk for Periodontal Disease .I. Risk Indicators for Attachment Loss. **J Periodontol** 1994; 65 (3): 260-267.
50. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford D, Zambon JJ and Hausmann E. Assessment of Risk for Periodontal Disease. II. Risk Indicators for Alveolar Bone Loss. **J Periodontol** 1995; 66: 23-29.
51. Hancock E. Prevention. In: *Annals of Periodontology*. American Academy of Periodontology. Chicago, 1996; 223-253.
40. Hühne LM. **Metodologia Científica: Caderno de Textos e Técnicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir; 1998.
41. Kavanagh DA, The Incidence of Periodontal Disease and Its Impact on Future Dental Practice. **Dent Update** 1998; 25: 435 – 440.
42. Lascala NT, Moussalli NH. **Periodontia Clínica**. São Paulo. Editora Artes Médicas; 1981.
43. Leavell HP, Clark EG. **Preventive Medicine for the doctor in his community. An epidemiological approach**. New York: Mc Graw Hill; 1958.p7-12.
44. Lindhe J, Hamp SE, Loe H, Experimental Periodontitis in the Beagle dog. **J Periodont Res** 1973; 8: 1 –10.
45. Lindhe J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 3ª.edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
46. Listgarten MA, Periodontal Probing: What does it mean? **J C Periodontol** 1980; 7: 165 – 176.

47. Løe H, Theilade E, Jensen SB, Experimental Gingivitis in Man . **J Periodont** 1965; 36: 177 – 187.
48. Løe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The Natural History of Periodontal Disease in Man. **J Periodontol** 1978; 49: 607 – 620.
49. Maltz M, Carvalho J. Diagnóstico da Doença Cárie. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de Saúde Bucal**. 2ª. Edição. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1997.p:69-92.
50. Marcenes W, Bönecker MJS. Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais. In: Buischi YP. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo (SP): Editora Artes Médicas; 2000.p.73-98.
51. Menassa G, Dyke TEV, Periodontal diagnosis: current status and future directions. **Int Dent J** 1998; 48: (supl 1) 275 – 281.
52. Moysés SJ. O conceito de Promoção de Saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de Saúde Bucal**. 2ª. Edição. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999.p.371-407.
53. Moysés ST, Watt R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. In: Buischi YP. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo (SP): Editora Artes Médicas; 2000.p.1-22.
54. Murtomaa H, Masalin K. Effects of a national dental health campaign in Finland. **Odont Scand** 1984; 42: 297-303.
55. Narvai PC, Manfredini, MA, Botazzo C, Raineri N, Schneider D, Frazão P. Contra o técnico em higiene dental. **Saúde em Debate** 1990; 28: 59-65.
56. Narvai PC. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec Humanismo, Ciência e Tecnologia; 1994.

57. Narvai PC. Diagnóstico de Saúde Bucal. In: **Manual do Aluno**. Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Disciplina de Saúde Coletiva. Xerocópia. 1999a. p.3-12.
58. Narvai PC. Recursos Humanos para Promoção de Saúde. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de Saúde Bucal**. 2ª. Edição. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999b: p.447-463.
59. Norberto R. Adultos sofrem mais com a falta de dentes. **Diário do Grande ABC**, Santo André (SP), 2003 jan 6; Setecidades:p.1 e 3.
60. Oppermann R, Gomes SC. Periodontia em saúde pública. In: Tunes UR, Rapp GE coordenadores. **Atualização em Periodontia e Implantodontia**. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999.p17-28.
61. Oppermann R, Rösing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Kriger, L. coordenador **ABOPREV Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1997 p.255-281.
62. Page RC, Shroeder HE. Patogênese da Periodontite. In: Lindhe J, **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Rio de Janeiro; 1997. p.:127-152.
63. Page RC. Periodontal Diseases: A New Paradigma. **J Dent Education** 1998; 62 (10):812-821.
64. Pinto VG. **Saúde Bucal – Panorama Internacional**. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal; 1990.
65. Pinto VG. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva**. 3ªed. São Paulo: Santos; 1992.

66. Pyke SR. Prevention in Dentistry as Viewed by A dental Health Educator. **J Public health Dent** 1973;3(2): 75 – 81.
67. Ryder, M e col. Tobacco use and the periodontal disease. Position Paper. **J Periodontol** 1996; (1): 51-56.
68. Sakki TK, Knuutila MLE, Vimpari SS, Hartikainen MSL. Association of lifestyle with periodontal health. **Community Dent and Oral Epid** 1995; 23(3):155 –198.
69. Sallum AW, Sallum EA, Nociti Jr FH, Nogueira Filho GR. Perfil Bioemocional do Paciente Periodontal. In:Tunes UR, Rapp GE, coordenadores. **Atualização em Periodontia e Implantodontia**. São Paulo:Artes Médicas;1999.p.61-74.
70. Schenkein HA, Gunsolley JC, Koertge TE, Schenkein JG, Tew JG. Smoking and its effects on early-onset Periodontitis. **JADA** 1995; (126): 1107-1113.
71. Sheihan A. Promotion periodontal health – effective programmes of education and promotion. **Int Dent J** 1983; 33(2): 182 – 187.
72. Sheihan A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na Promoção de Saúde. . In: Buischi YP. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo (SP): Editora Artes Médicas; 2000.p23-37.
73. São Paulo. **Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde; 1995. Disponível em www.saude.sp.gov.br/html/fr_sbucal.htm [09.05.2003].
74. Sögaard AJ. Effect of a nationwide periodontal health campaign on dentists awareness, attitude and behavior in Norway. **Community Dent Oral Epidemiol** 1988 16(1): 30 – 5.

75. Thylstrup A, Fejerskov O. **Cariologia Clínica**. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Santos; 1994.
76. Tinoco EMB, Tinoco NMB. Diagnóstico e Prevenção das Doenças Periodontais. In: Buischi YP. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo (SP): Editora Artes Médicas; 2000.p.99-123.
77. Traebert JL. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev Saúde Pública** 1996; 30(6):519-526.
78. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Biblioteca / CIR. **Guia de Apresentação de Teses**. São Paulo: A Biblioteca, 1998.
79. Viegas AR. **Odontologia Sanitária** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP); 1965. tomo IV.p.9-79.
80. Weyne SC. A construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um Desafio para as Novas Gerações. In: Kriger L, coordenador. **Promoção de Saúde Bucal**. 2ª. Edição. São Paulo (SP): Artes Médicas; 1999.p.1-26.

ANEXOS

A1. AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SANTO ANDRÉ

A2. AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

A3. AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SÃO CAETANO DO SUL

A4. APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

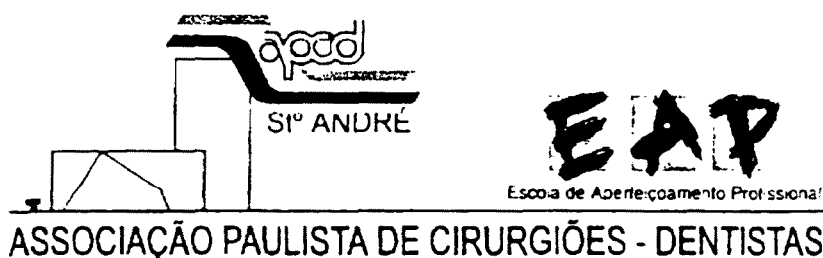
A5. TERMO DE CONSENTIMENTO

A6. QUESTIONÁRIO

A7. GRÁFICOS

ANEXO 1

**AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SANTO ANDRÉ**




Santo André, 30 de setembro de 2002

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a sócia, Simone Aparecida Davanço, a efetuar sua pesquisa em "Periodontia: Conhecimento x Aplicação" na APCD Santo André, para Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, referente à coletas de dados a serem respondidos pelos profissionais nos dias e horários a serem combinados. Ficam excluídos das pesquisas os inscritos nos cursos de Periodontia.

Sem mais,

Atenciosamente



Prof.^a Dr.^a Claudia Inês Capp
Diretora EAP/APCD Santo André

ANEXO 2

**AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**



Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas
REGIONAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
FUNDADA EM 26 DE JUNHO DE 1960



AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Simone Aparecida Davanço a realizar pesquisa em nossa entidade sobre “Cirurgiões Dentistas e Periodontia: conhecimento x aplicação”, cujo o objetivo é estudar o conhecimento dos cirurgiões dentistas e sua aplicação nas várias dimensões da Periodontia (etiologia, características clínicas, diagnósticos, prevenção, tratamento), visando uma abordagem voltada para a saúde pública.

São Bernardo do Campo, 24 de setembro de 2002

Francisco Angelo Biagioni
Presidente

ANEXO 3

**AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS DE SÃO CAETANO DO SUL**



Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas
REGIONAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
FUNDADA EM 26 DE JUNHO DE 1960

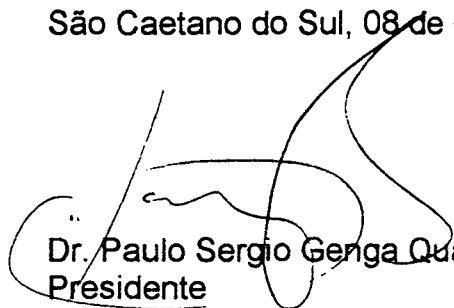


Consulte seu Cirurgião Dentista

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Simone Aparecida Davanço a realizar pesquisa em nossa entidade sobre “Cirurgiões Dentistas e Periodontia: conhecimento X aplicação”, cujo objetivo é estudar o conhecimento dos cirurgiões dentistas e sua aplicação nas várias dimensões da Periodontia (etiologia, características clínicas, diagnósticos, prevenção e tratamento), visando uma abordagem voltada para a saúde pública.

São Caetano do Sul, 08 de outubro de 2002.



Dr. Paulo Sergio Genga Quaglia
Presidente

ANEXO 4

**AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Universidade de São Paulo****Faculdade de Saúde Pública****COMITÊ DE ÉTICA – COEP**

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7734 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/268/02

13 de novembro de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, em sua 9.ª/02 Sessão Ordinária realizada em 12.11.02, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 868, intitulado: “PERIODONTIA CONHECIMENTOS E APLICAÇÃO”, apresentado pela pesquisadora Simone Aparecida Davanço.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento

Prezado (a) cirurgiã(o) dentista:

O meu nome é Simone Aparecida Davanço, sou cirurgiã-dentista e solicito sua colaboração no sentido de responder ao presente questionário.

As informações obtidas serão utilizadas em um estudo que estou realizando sobre conhecimento e conduta dos cirurgiões dentistas sobre os diversos aspectos das doenças periodontais, cujos dados favorecerão uma abordagem voltada para a saúde pública.

As instruções para o preenchimento do questionário precedem as questões. Não é necessário que você se identifique.

No entanto, as respostas a todas as questões e a presteza na devolução do questionário são condições indispensáveis para o êxito do trabalho.

Para qualquer dúvida a respeito do presente estudo você pode ligar para o telefone 4992-3415, ou enviar um e-mail para Sdavanco@uol.com.br.

Antecipadamente agradeço sua atenção e colaboração.

Santo André, de dezembro de 2.002.

São Caetano do Sul, de dezembro de 2002.

São Bernardo do Campo, de dezembro de 2002.

Simone Aparecida Davanço
Rua Catequese, 255 sala 24
Bairro Jardim – Santo André – SP
Fone (fax): 011 – 4992-3415
e-mail: Sdavanco@uol.com.br

cirurgiã(o) dentista

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Fone: (55-11) 3066-7790 – Fone/Fax: (55-11) 3066-7798

As questões de 1 a 6 referem-se a aspectos pessoais e de formação profissional.

Assinale com um “X” a alternativa que melhor o(a) identifique:

1. Até o momento qual a sua formação profissional?

clínico geral

especialista

2. Qual seu tempo de atividade profissional?

menos de 2 anos

de 2 a 5 anos incompletos

de 5 a 10 anos incompletos

de 10 a 20 anos incompletos

de 20 a 30 anos incompletos

30 anos e mais

3. A qual faixa etária você pertence?

menos de 25anos

25 a 30 anos incompletos

30 a 35 anos incompletos

35 a 40 anos incompletos

40 a 50 anos incompletos

50 anos e mais

4. Sexo: feminino masculino

Nas questões 5 e 6 você pode indicar mais de uma resposta:

5. Você frequentou outros cursos após a graduação?

Sim Não

Se você respondeu sim, este(s) curso(s) era(m) de que natureza?

teórico

teórico/ laboratorial

teórico/ clínico/ laboratorial

6. Em que área(s) você costuma fazer cursos, se atualizar?

prótese

dentística

endodontia

periodontia

ortodontia

implante

cirurgia

odontopediatria

outro _____

A SEGUIR VOCÊ VAI ENCONTRAR QUESTÕES SOBRE VÁRIOS ASPECTOS DAS DOENÇAS PERIODONTAIS. CADA QUESTÃO APRESENTA 4 ALTERNATIVAS E APENAS 1 (UMA) É CORRETA.

7. A doença periodontal é uma doença infecciosa, ou seja, tem como etiologia:

placa bacteriana

vírus

tártaro

fumo

8. Quanto à etiologia das doenças periodontais assinale a alternativa verdadeira:

durante a gravidez, os hormônios causam doença periodontal, ou seja, gengivite ou periodontite

o diabetes é uma doença sistêmica que causa doença periodontal

o stress desencadeia a gengivite

os hormônios da gravidez, o diabetes e o stress não são causa das doenças periodontais, mas podem modificar a progressão e a severidade das doenças periodontais

9. A natureza assintomática das doenças que afetam o periodonto dificulta o diagnóstico precoce das doenças periodontais quando estas se apresentam de forma incipiente. Para evitar tal ocorrência, o diagnóstico das doenças periodontais deve ser baseado no(a):

- exame visual dos tecidos
- queixa principal do paciente
- avaliação clínica (exame visual + sondagem) associado a exame radiográfico
- exame laboratorial associado a exame radiográfico

10. Um exame clínico bem conduzido é fundamental para um diagnóstico precoce das doenças periodontais. Qual dos procedimentos listados abaixo possui maior confiabilidade?

- exame visual
- exame radiográfico
- exame laboratorial
- sondagem associada a exame radiográfico

11. A gengivite e a periodontite são as 2 formas clássicas de alteração da saúde periodontal descritas como maior prevalência em relação a outras doenças da boca. Sabendo-se que a gengivite é a precursora para o desenvolvimento da periodontite, indique a alternativa que contenha as características clínicas da gengivite:

- gengiva avermelhada, edemaciada, sangramento à sondagem delicada
- retração (recessão) gengival generalizada
- mobilidade dentária, sangramento à sondagem e halitose
- migração dentária, sangramento espontâneo, retração (recessão gengival)

12. Quanto às características clínicas de saúde/doença periodontal podemos afirmar que:

- para as gengivas que apresentam uma coloração rosa pálido, o exame visual é suficiente para afirmar que existe saúde periodontal
- a presença de tártaro supra gengival e inflamação fecham o diagnóstico de periodontite.
- a periodontite é episódica, e os surtos de progressão ocorrem em poucos locais caracterizados por profundidade de bolsa, perda de inserção, muitas vezes mobilidade e migração dentária
- a dor é uma característica marcante da periodontite seja esta leve, moderada ou severa.

13. A periodontite é uma doença que acomete as estruturas de sustentação dos dentes (osso alveolar, ligamento periodontal, cemento radicular). Quando diagnosticada precocemente, como deve ser seu tratamento?

por meio de técnicas cirúrgicas

por meio do emprego de antibióticos

por meio de procedimentos básicos: raspagem e alisamento radiculares associados ao ensino de higiene bucal (escovação e uso de fio dental)

por meio do ensino de técnicas de escovação e uso de fio dental

14. As gengivites são definidas como manifestações inflamatórias da gengiva marginal desencadeadas pelo acúmulo de placa bacteriana. Quanto ao seu tratamento assinale a alternativa verdadeira:

a gengivite por não apresentar sintomatologia dolorosa pode ter seu tratamento adiado, postergado

a gengivite é tratada por meio de técnicas cirúrgicas

o tratamento da gengivite é feito por meio de raspagem e orientações educativas (escovação e uso do fio dental)

a gengivite é tratada por meio de bochechos com antissépticos bucais

15. Quanto à prevenção das doenças periodontais:

- não é possível controlar e prevenir as doenças periodontais
- a orientação de escovação e o uso do fio previnem e controlam as doenças periodontais
- bochechos com flúor previnem as doenças periodontais
- bochechos com antissépticos bucais previnem e controlam as doenças periodontais

16. O controle da placa bacteriana depende:

- do uso de dentifrícios fluretados
- do uso de antissépticos bucais
- do uso do fio dental
- de uma escovação correta associada ao uso do fio dental

Observação: O espaço abaixo é seu; destina-se a qualquer colocação que você considere pertinente. Você pode inclusive deixar seu endereço ou e-mail para que eu possa enviar futuramente os resultados desta pesquisa.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Simone Aparecida Davanço

ANEXO 7

GRÁFICOS

Gráficos referentes à caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao perfil do informante

Gráfico 4: Distribuição da percentagem dos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

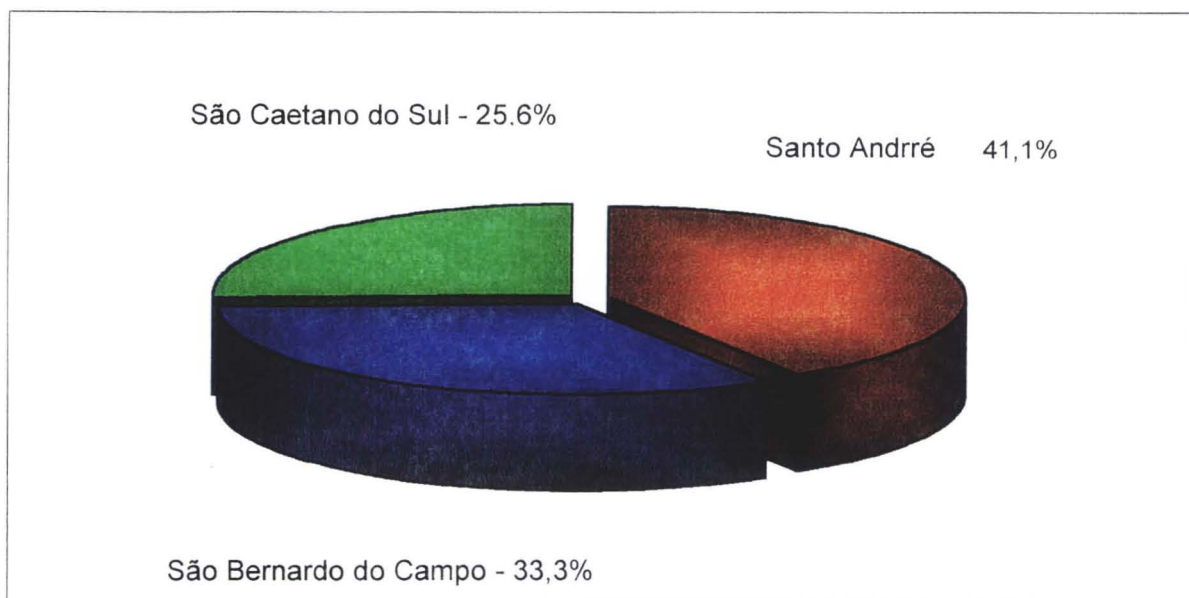


Gráfico 5: Distribuição da percentagem de cirurgiões dentistas quanto à formação na procura de cursos nas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.

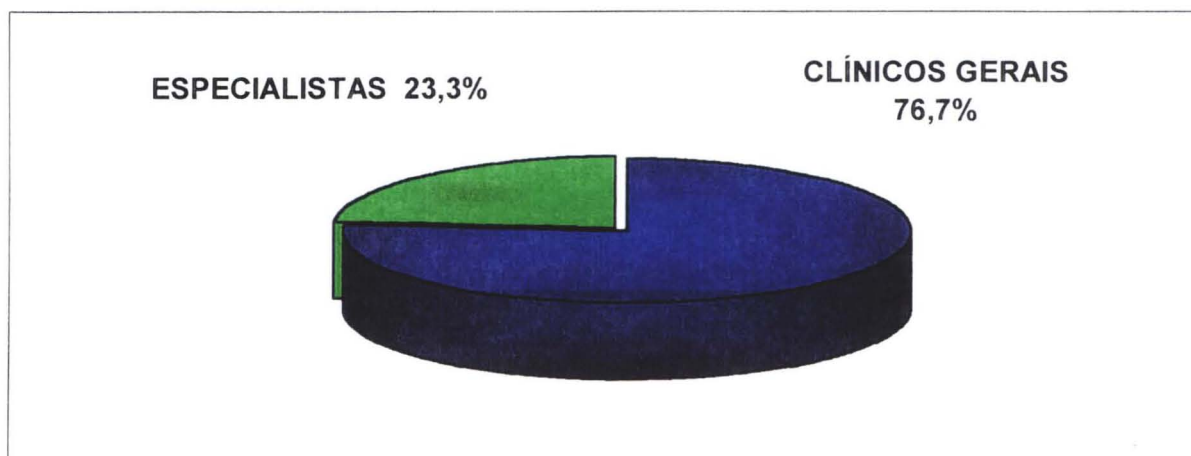


Gráfico 6: Distribuição segundo a formação profissional dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

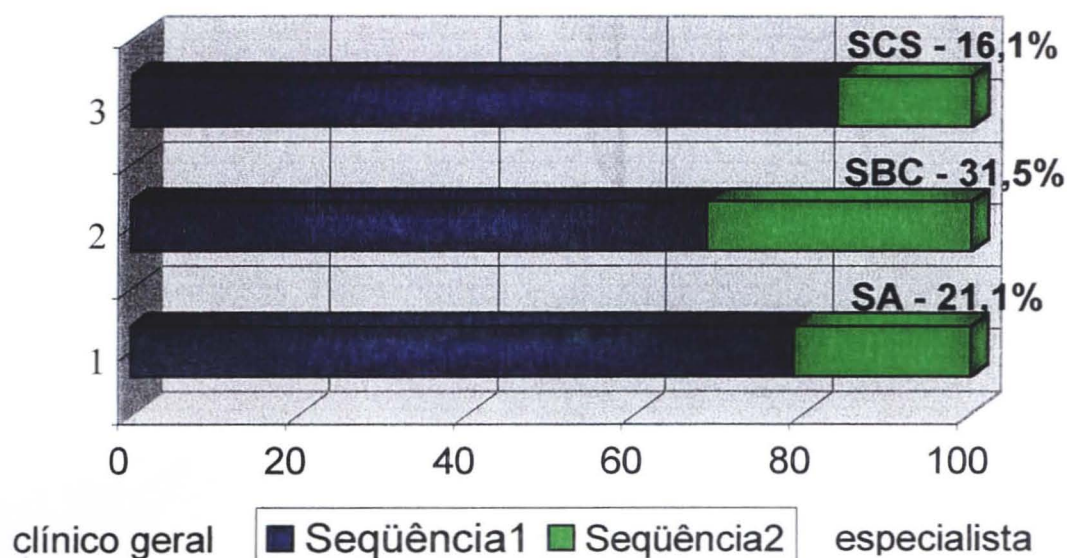


Gráfico 7: Distribuição da percentagem segundo o tempo de atividade profissional dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

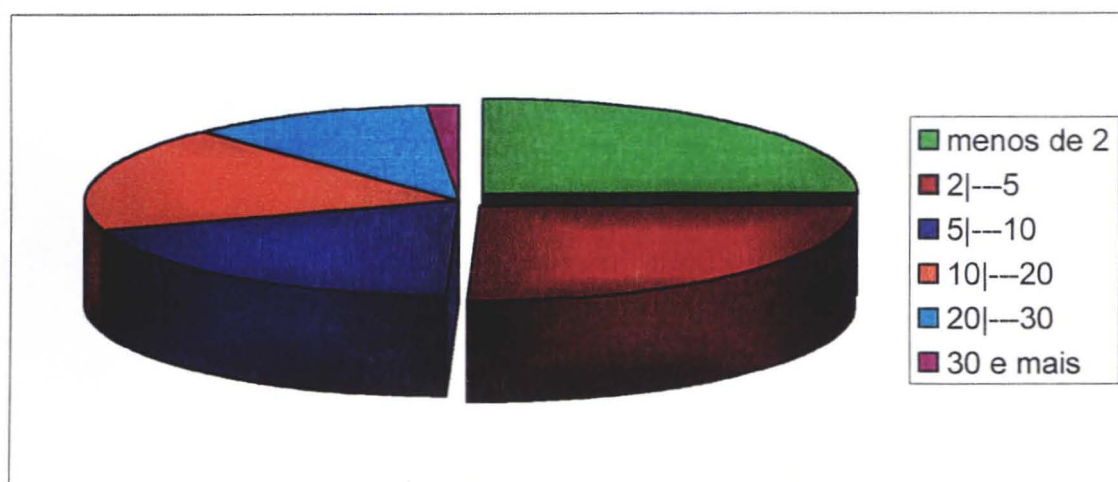


Gráfico 8: Distribuição da percentagem segundo a idade dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

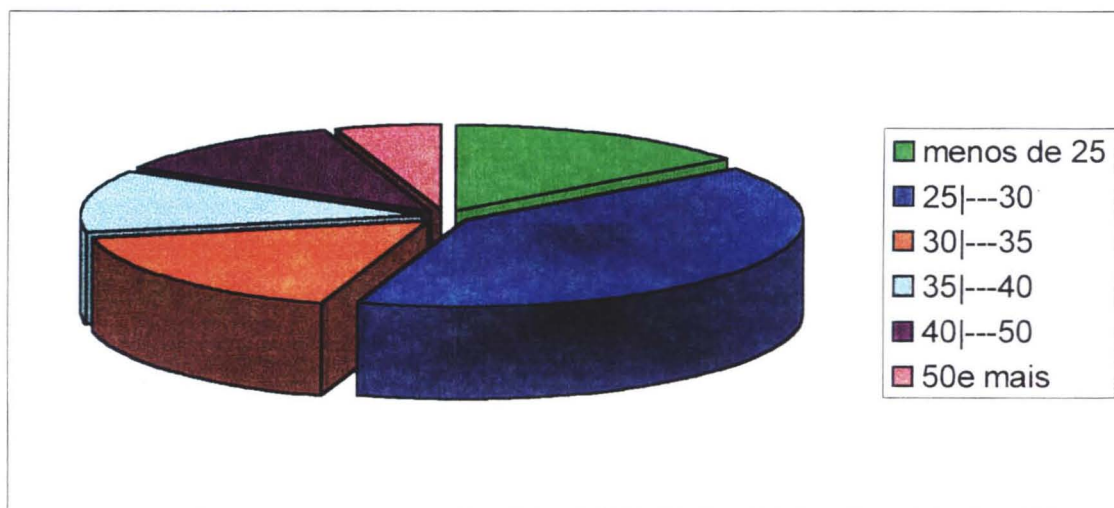


Gráfico 9: Distribuição segundo o sexo dos profissionais que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2.002.

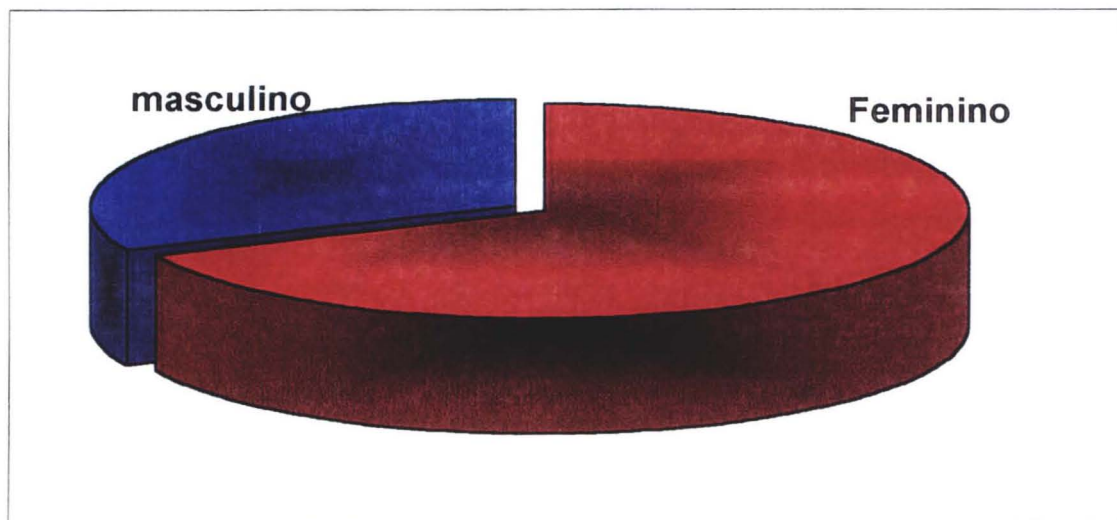


Gráfico 10: Distribuição segundo a natureza dos cursos prévios realizados pelos cirurgiões dentistas que estavam inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.

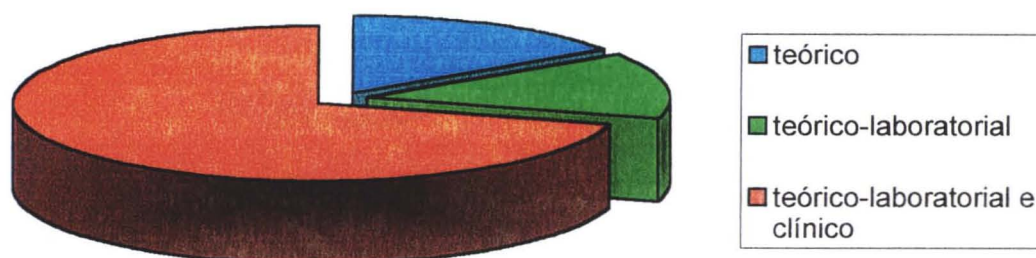
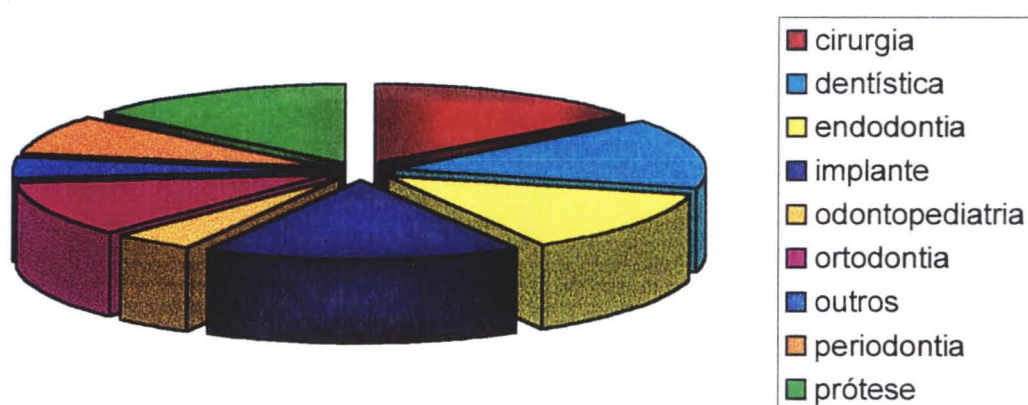


Gráfico 11: Distribuição das especialidades mais procuradas pelos cirurgiões dentistas inscritos nos diversos cursos oferecidos pelas APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em dezembro de 2002.



Gráficos referentes à caracterização dos cirurgiões dentistas quanto ao conhecimento das dimensões periodontais propostas

Gráfico 12: distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre a etiologia das doenças periodontais, em dez/2002.



Gráfico 13: distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico das doenças periodontais, em dez/2002.



Gráfico 14: distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre as características das doenças periodontais, em dez/2002.



Gráfico 13: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre tratamento das doenças periodontais, em dez/2002.

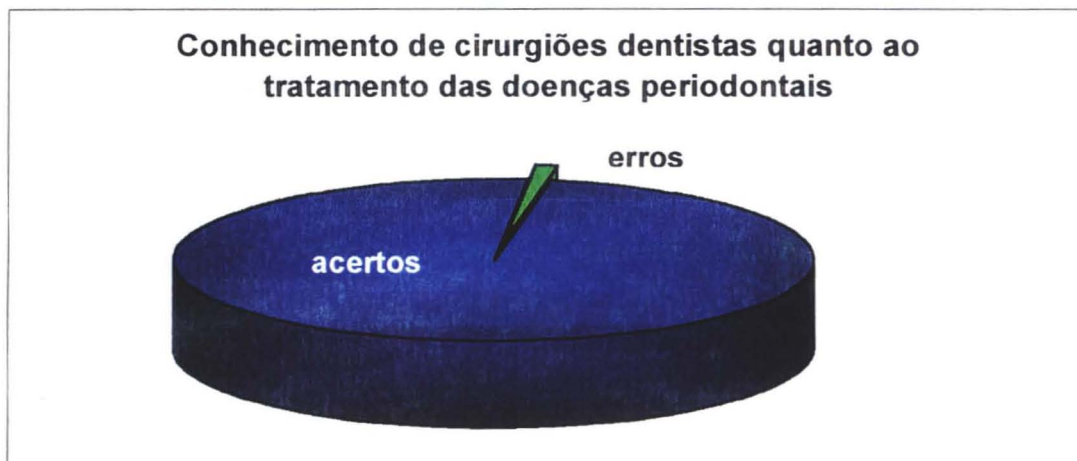


Gráfico 14: Distribuição dos acertos e erros (%) dos cirurgiões dentistas que procuraram os cursos das APCD(s) de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul quanto ao conhecimento sobre prevenção das doenças periodontais, em de/2002.

