

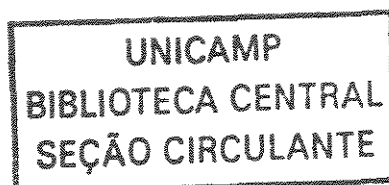
SÍLVIA MARIA PAPAROTTO LOPES

**ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO
DE TRIAGEM-SEMIOLOGIA DA FOP-UNICAMP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Estomatopatologia, área de concentração em Estomatologia.

PIRACICABA – SP

2002



SÍLVIA MARIA PAPAROTTO LOPES

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CCPG-036/83

CPG. 02/12/2002


Assinatura do Orientador

**ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO
DE TRIAGEM-SEMIOLOGIA DA FOP-UNICAMP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Estomatopatologia, área de concentração em Estomatologia.

Orientador:

Prof. Dr. Osvaldo Di Hipólito Júnior

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Edgard Graner

Profa. Dra. Cláudia Maria Navarro

Prof. Dr. Osvaldo Di Hipólito Júnior

PIRACICABA – SP

2002

UNIDADE	BC
CHAMADA	T/UNICAMP
	L881a
EX	
OMBO BC/	52049
ROC.	16-124/03
C	☐
D	☒
REÇO	R\$ 11,00
ATA	12/02/03
CPD	

CM00179186-7

18 10 276335

Ficha Catalográfica

L881a Lopes, Sílvia Maria Paparotto.
 Análise das necessidades de tratamento odontológico dos pacientes atendidos no serviço de triagem-semiologia da FOP-UNICAMP. / Sílvia Maria Paparotto Lopes. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2002. xi, 92f. : il.

Orientador : Prof. Dr. Osvaldo Di Hipólito Júnior.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Radiologia panorâmica. 2. Epidemiologia. 3. Dentes – Tratamento. I. Di Hipólito Júnior, Osvaldo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 06 de Novembro de 2002, considerou a candidata SÍLVIA MARIA PAPAROTTO LOPES aprovada.

1. Prof. Dr. OSVALDO DI HIPOLITO JUNIOR

2. Profa. Dra. CLÁUDIA MARIA NAVARRO

3. Prof. Dr. EDGARD GRANER

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho

aos meus pais, Oswaldo Paparotto e Maria Enide Cavagioni Paparotto pelo exemplo e suporte estrutural os quais me permitiram alcançar mais um objetivo.

aos meus filhos Marina Paparotto Lopes e Gustavo Paparotto
Lopes pelo carinho e compreensão nos momentos de ausência e
ao meu marido Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes pelo apoio e
paciência em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao Prof. Dr. Osvaldo Di Hipólito Júnior pela orientação, dedicação e respeito. Qualidades as quais ficarão sedimentadas em minha formação profissional.

Ao **Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho**, Diretor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

Ao **Prof. Dr. Lourenço Correr Sobrinho**, Coordenador de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

Ao **Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas**, Coordenador do curso de Pós-Graduação em Estomatopatologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

À **CAPES**, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de estudos.

Ao **Prof. Dr. Oslei Paes de Almeida** pelos grandes ensinamentos.

Aos demais professores das Áreas de Patologia e Semiologia– **Profs. Drs. Edgard Graner, Jacks Jorge Júnior, Márcio Ajudarte Lopes e Ricardo Della Coletta**.

À **Sra. Rosa Maria Ferreira Costa Scalco**, da Área de Semiologia – Triagem da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

Ao **Luis Henrique Alves dos Santos**, funcionário do Centro de Processamento de Dados da FOP – UNICAMP.

Aos funcionários e amigos da Área de Patologia – **Adriano L. Martins, Aparecida C. Campion, Eli C. G. Alves, João Carlos G. da Silva Jr., Ana Cristina A. Godoy, Rogério de A. Elias, Rosa M. Fornasier, Maria Aparecida S. Mardegam e Elizabete M. C. Correia.**

Aos amigos do mestrado – **Ademar Takahama, Andresa B. Soares, Eduardo R. Fregnani, Fábio Augusto Ito, Fábio Ornellas, Francisco C. A. de Aguiar, Lucinei R. de Oliveira e Luciana M. Blessa,** pelos momentos de aprendizado e diversão.

Aos demais amigos da pós-graduação – **Ana Lúcia C. Rangel, Cláudio M. Pereira, Danyel E. da Cruz Perez, Dawton P. Abranches, Estela Kamiangakura, Fábio de A. Alves, Fábio R. Pires, Jorge E. Leon, Juliana P. Alamide, Hercílio M. Júnior, Karina Zecchin, Karina Neves, Marcelo Chaves, Michelle Agostini, Michele Pereira, Paola Cotrin, Paulo Bonan, Paulo Faria, Sabrina D. da Silva e Cleverton Roberto de Andrade.**

SUMÁRIO

1. LISTA DE ABREVIATURAS.....	1
2. RESUMO.....	3
3. ABSTRACT.....	4
4. INTRODUÇÃO.....	5
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	6
5.1. Necessidades de tratamento.....	6
5.2. Exames radiográficos.....	15
6. OBJETIVOS.....	19
7. MATERIAL E MÉTODOS.....	20
7.1. Casuística.....	20
7.2. Coleta de dados.....	20
7.3. Exame radiográfico.....	20
7.4. Correlação de frequência.....	21
8. RESULTADOS.....	22
8.1. Características gerais dos pacientes.....	22
8.2. Necessidade na Área de Periodontia.....	28
8.3. Necessidade na Área de Cirurgia.....	29
8.4. Necessidade na Área de Endodontia.....	33
8.5. Necessidade na Área de Dentística.....	36
8.6. Necessidade na Área de Prótese.....	48
8.7. Correlação entre as necessidades de tratamento e a idade.....	52
8.8. Correlação entre as necessidades de tratamento e PPR1 e PPR2.....	56
8.9. Achados Radiográficos.....	60

9. DISCUSSÃO.....	64
10. CONCLUSÕES.....	73
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
12. ANEXOS	82

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD - dentes cariados perdidos ou obturados

CPOS - superfícies dentais cariadas perdidas ou obturadas

ICRP - international commission on radiological protection method

1° GI - primeiro grau incompleto

1° GC - primeiro grau completo

2° GI - segundo grau incompleto

2° GC - segundo grau completo

3° GI - terceiro grau incompleto

3° GC - terceiro grau completo

Ex1 - exodontia via alveolar

Ex2 - exodontia via alveolar não-alveolar

Fp – finalidade protética

Exi - exodontia de incluso

G - gengivite, controle de placa, polimento coronário

RC - raspagem cálculo supra-gengival

P1 - periodontite leve

P2 - periodontite moderada

P3 - periodontite avançada

P4 - cirurgia regenerativa

Rt - cirurgia de tecido mole

Ost - cirurgia ósseas (osteotomia, osteoplastia)

Fp - finalidade protética

F - lesão de furca

CLI - Rdireta (classe I)

CLII - Rdireta (classe II)
CL III - Rdireta (classe III)
CL IV - Rdireta (classe IV)
CLV - Rdireta (classe V)
CA - Rindireta (coroa anterior)
CP - Rindireta (coroa posterior)
RMF - Rindireta (rest. metálica fundida)
At - restauração atípica ou complexa
Nu - núcleo fundido: N° dos dentes
Rir - restauração intra-radicular
Te1- tratam. endod. monorradicular
Te2 - tratam. endod. birradicular
Te3 – tratam. endod. multirradicular
CL - clareamento dental
PPR1 - prótese parcial removível monomaxilar
PPR2 - prótese parcial removível dupla
PT1 - prótese total monomaxilar
PT2 - prótese total dupla
PF - prótese fixa

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar as necessidades de tratamento odontológico dos pacientes atendidos na clínica de graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP. Foram analisados 1.000 prontuários clínicos assim como as radiografias panorâmicas de pessoas com idade maior ou igual a 12 anos que foram triadas pela Área de Semiologia.

A média de idade foi de 51 anos, 63% eram do gênero feminino, 79,9% tinham de cor de pele branca e a maioria (62%) tinha como instrução o primeiro grau incompleto.

As necessidades odontológicas mais freqüentes foram tratamento periodontal (77,8%), exodontias (46,7%), endodontia (34,6%) e tratamento restaurador com maiores indicações para restaurações diretas classes I e II. Outro achado relevante foi em relação às necessidades de reabilitação protética em que 80% das pessoas necessitavam de algum tipo de prótese. Sendo 48,8% para as próteses parciais removíveis (monomaxilar e/ou dupla), 15,1% para as próteses totais e 16,1% para as próteses fixas. Os pacientes com indicação de prótese também necessitavam de outros atendimentos odontológicos das áreas de periodontia, cirurgia, endodontia e dentística. Os achados radiográficos mais freqüentes foram osteoescleroses, pneumatização dos seios maxilares e dentes inclusos e semi-inclusos.

Conclui-se que os pacientes atendidos na FOP-UNICAMP são predominantemente do gênero feminino, brancos e com baixo grau de escolaridade. A maioria é desdentado parcial e que além das necessidades de próteses, apresenta necessidade de tratamento periodontal, cirúrgico, endodôntico e restaurador.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the dental care needs of the patients who were attended at the undergraduate dental clinic of the Piracicaba Dental School – UNICAMP. It was analyzed 1000 charts as well the panoramic radiography of the patients with age 12 years old and over screened by the Semiology Area.

The mean age of the patients was 51 years old, 62% were female, 79.9% had white skin color and the majority had incomplete elementary school.

The most frequent dental care needs were periodontal treatment (77.8%), followed by dental extraction (46.7%), root canal filling (34.6%) and dental filling, particularly classes I and II. Other important finding was that 80% of the patients needed prosthetic rehabilitation. Among them, 48.8% of the patients had necessity of partial removable prosthesis (on one and/or both maxillaries), 15.1% needed total prosthesis and 16.1 % non-removable prosthesis. Besides prosthesis, these patients had also indication of periodontal, surgical, endodontical and restorative treatments. Regarding the radiographic findings, the most frequent was osteosclerosis, followed by sinus maxillary pneumatization and impacted teeth.

We concluded that the patients who were attended at FOP-UNICAMP are predominantly female, white and have low education degree. The majority is partial edentulous and besides necessity of prosthesis, they also present necessity of periodontal, dental extraction, root canal filling and dental filling.

INTRODUÇÃO

O conhecimento da frequência de uma determinada doença, assim como de informações referentes às condições sociais, econômicas e culturais de uma população, são fundamentais para elaboração de um projeto pedagógico. A Área de Semiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, realiza a triagem dos pacientes que procuram a faculdade para tratamento odontológico enquadrando-os em perfis de acordo com as necessidades de tratamento e graus crescentes de dificuldades de execução das atividades clínicas. Estes pacientes são posteriormente requisitados pelos alunos da graduação, conforme exigência das disciplinas clínicas.

No entanto, algumas atividades clínicas não estão disponíveis em número suficiente nos bancos de pacientes enquanto outras estão em excesso, fazendo com que haja falta de pacientes em alguns perfis e acúmulo em outros. Esta diferença na relação de distribuição dos pacientes de acordo com os perfis é extremamente prejudicial, visto que muitos pacientes são requisitados após longo período de espera fazendo com que ocorra modificação das necessidades o que compromete o sistema adotado na clínica. Sendo assim, o objetivo deste estudo é conhecer as reais necessidades odontológicas da população que procura a Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP analisando-se retrospectivamente os prontuários clínicos e as radiografias panorâmicas. Os resultados fornecerão subsídios que contribuirão para aperfeiçoar o sistema de perfis adotado atualmente assim como para melhor entendimento da relação entre as áreas clínicas.

REVISÃO DA LITERATURA

Necessidades de tratamento

O levantamento de dados epidemiológicos é de fundamental importância para que se tenha conhecimento da frequência das doenças numa determinada população, assim como dos fatores que possam exercer possíveis influências.

A saúde bucal é um componente essencial para a saúde geral e está contida no significado amplo de saúde, o qual foi definido em 1948 pela Organização Mundial de Saúde como sendo o "bem estar físico, mental e social" e não somente a ausência da enfermidade. Condições bucais precárias podem alterar a aparência, fala, deglutição, nutrição, auto-estima, educação e interação social.

Uma análise da extensão e severidade das doenças bucais e a demanda da população em países em desenvolvimento, revelou que a maioria dos serviços prestados era fundamentalmente restaurador, reabilitador e preventivo. Muitos destes procedimentos poderiam ser realizados por auxiliares odontológicos, os quais atuariam primariamente solucionando os problemas de execução mais simples e encaminhando para o cirurgião-dentista os procedimentos considerados mais complexos. Sob a supervisão da Unidade de Saúde Oral, WHO (World Health Organization) e Centro Internacional de Saúde Oral, o serviço de saúde da Tailândia foi pesquisado para testar a possível aplicação da equipe primária de saúde para desenhar um sistema efetivo de saúde bucal nos países em desenvolvimento (Songpaisan, 1985).

Em estudo conduzido no Sri Lanka, foram verificadas as necessidades de tratamento analisando 3.000 pacientes que compareceram a uma clínica odontológica. Destes, 1.380 (46%) foram por queixas relacionadas a cáries dentárias em estágios avançados e 540 (18%) por cáries dentárias iniciais. Outros 600 pacientes (20%) tinham queixas relacionadas a doença periodontal, sendo que 400 deles tinham sintomas de avançada mobilidade dentária. A maioria das necessidades foi relacionada a um tratamento de emergência como exodontias e curativos cavitários (Warnakulasuriya, 1985).

As necessidades de tratamento e os padrões de utilização do serviço da Faculdade de Odontologia da Universidade da Malásia foram avaliados em 750 pacientes atendidos. A dor, de um modo global, foi a queixa mais comum. Entretanto, os motivos para procurar tratamento odontológico variaram de exame de rotina para verificar as condições bucais entre crianças (2 a 12 anos), dor de dente seguido de má oclusão nos adolescentes (13 a 18 anos) e dor de dente, má oclusão e extrações dentais em adultos (19 anos ou mais). Foi observada também variação no comportamento entre os gêneros, sendo as mulheres mais inclinadas as medidas de orientações preventivas e mais dispostas a reabilitação, quando comparadas aos homens. As necessidades de tratamento mais frequentes foram relacionadas a cárie (66%) e aproximadamente 50% dos pacientes que procuraram o serviço pela primeira vez foi para realização de exodontia (Razak & Jaafar, 1987).

Necessidades de tratamento de 824 pacientes atendidos em diferentes clínicas odontológicas na Tanzânia foram avaliadas e, de um modo geral, 86% dos pacientes procuraram atendimento devido a dor, variando de 77% a 97%, sendo cárie a causa principal de dor. Outras necessidades foram

estética (5%), prótese (2%) e avaliação de rotina (3%). Os dados indicaram que as necessidades estavam associadas a procedimentos de emergência, principalmente exodontias. Conseqüentemente, foi concluído que a elaboração de uma estratégia efetiva para melhorar a saúde bucal deve atender de início as necessidades de tratamento de urgência da população (Van Palenstein Helderman & Nathoo, 1990).

Kulak-Ozkan et al. (2001) observaram a prevalência de cárie, qualidade da escovação dental e condições periodontais em uma das maiores cidades da Turquia em uma população de 150 jovens na faixa etária de 15-18 anos. O estudo revelou que a necessidade dental é alta nesta faixa etária sendo que 72% dos participantes necessitavam de instruções de higiene bucal e precisavam de tratamento restaurador. Em relação as condições periodontais, sangramento durante a sondagem associada a inflamação gengival leve e índices elevados de placa e cálculo dental foram as condições mais freqüentemente observadas. Houve também uma incidência maior de alterações no gênero masculino em relação ao feminino. Esse estudo também sugeriu que escovação adequada é mais importante que a freqüência de escovação.

A população em países em desenvolvimento é excessivamente atingida por doenças bucais, particularmente doença periodontal e cárie dental. Essas são agravadas pela pobreza, difíceis condições de vida, falta de conhecimentos educacionais em relação a saúde, falta de investimentos governamentais e falta de investimentos para promover profissionais em número suficiente para orientar a população. Segundo Lalonde (1974), dos 4 elementos básicos (fatores biológicos, meio ambiente, tipo de vida e serviços públicos de atendimento a comunidade) com papel na determinação de

saúde, somente os fatores biológicos não influenciariam para o resultado de estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento.

Análise das necessidades de tratamento foi realizada com 300 residentes em Hertfordshire, UK, com 65 anos de idade ou mais para verificar se havia alguma mudança nas condições bucais comparadas com um estudo realizado previamente há 10 anos. Os resultados mostraram consideráveis melhoras, com as necessidades diminuindo aproximadamente 30%. Observou-se também uma grande diminuição de pacientes edêntulos, aumento na porcentagem de pacientes com 10 dentes naturais ou mais e maior substituição de próteses (Kail, 1996).

Estudos epidemiológicos realizados na Inglaterra e País de Gales, em pacientes na faixa etária de 12 anos, evidenciaram que apesar de ter havido um melhoramento na saúde bucal, (11% entre 1996 e 1997 comparado com 15% entre 1997 a 2001) ainda existem amplas variações na prevalência de cárie no Reino Unido, demonstrando necessidade continuada por estratégias preventivas efetivas (Pitts et al., 2002).

Estudo realizado entre Índios americanos e moradores nativos do Alasca mostrou que a maior necessidade de tratamento odontológico foi observada nos adultos entre 25 e 54 anos de idade. Os dados deste trabalho também sugerem que as necessidades aumentaram devido a maior permanência dos dentes na cavidade bucal associada ao crescimento da população (Broderick & Niendoeff, 2000).

Várias investigações têm sido realizadas para identificar os motivos de exodontias em diferentes grupos etários. Em muitos países, a população idosa está aumentando rapidamente assim como as necessidades de tratamento. Uma análise retrospectiva realizada em Jerusalém com 302

pacientes idosos (65 a 95 anos) que foram submetidos a exodontias aponta a doença periodontal como a principal causa da extração dentária (65%) seguida pela cárie (30%). Os incisivos foram os dentes mais comumente extraídos devido a doença periodontal e os pré-molares os mais associados a cárie (Stabholz et al., 1997).

Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que milhões de americanos têm condições médicas que comprometem a saúde bucal. Dor oro-facial, lesões persistentes de tecido mole e desordens de glândulas salivares associadas a medicamentos, são problemas comuns da sociedade moderna e que estão aumentando com o passar do tempo. Evidências sugerem que na próxima década, haverá um significativo aumento das necessidades de tratamento bucal em pacientes com problemas de saúde geral. Este aumento da demanda refletirá no direcionamento para a formação do cirurgião-dentista (Miller et al., 2001).

Outro fator importante observado por Douglass & Sheets (2000) é que a expectativa dos pacientes em relação aos cirurgiões-dentistas, ao tratamento que irão receber assim como o conhecimento dos pacientes sobre saúde bucal está aumentando, conduzindo para uma maior demanda no tratamento odontológico no século 21. Sutherland (2000) também descreveu que no Canadá está ocorrendo uma mudança nos padrões sócio-demográficos, assim como um rápido avanço tecnológico associado ao aumento de informações disponíveis, fazendo com que os pacientes tenham um maior conhecimento sobre saúde bucal. Estes acontecimentos contribuem para que a prática da odontologia torne-se mais complexa e desafiadora.

Uma investigação sócio-odontológica foi realizada com 254 idosos de Nottingham, UK. Avaliação clínica foi feita verificando as necessidades de tratamento odontológico e esta comparada com as necessidades expressas pelos pacientes. Dos 254 indivíduos examinados, 198 (78%) foram classificados clinicamente como necessitando de tratamento odontológico, principalmente reabilitação protética. Entretanto, houve uma significativa discrepância entre a necessidade de tratamento e a percepção declarada pelos pacientes. Somente 42% deles manifestaram a necessidade do tratamento e apenas 19% tinham tentado realizá-lo. Dentre as barreiras que impediram a realização do tratamento odontológico citadas pelos idosos foram custo, medo do dentista, dificuldade de locomoção e o sentimento que eles não deveriam incomodar o dentista (Smith & Sheiham, 1980).

Análise das condições dentárias, principalmente reabilitação protética, em relação as condições sociais na população adulta do sul da Suécia mostrou grande variação nas condições dentárias e frequência de pacientes usuários de próteses, de acordo com a idade e o grau de educação. Para a maioria dos pacientes é muito importante ter os próprios dentes e ter oportunidade para realizar tratamento odontológico regular. Além das diferenças das condições dentárias associadas às desigualdades sócio-econômicas, houve diferentes atitudes relacionadas ao custo do tratamento e a verificação das próprias necessidades de tratamento odontológico (Bagewitz et al., 2000).

Estudo realizado na Suécia comparou as necessidades de tratamento odontológico assim como acesso da população ao tratamento, em quatro grupos de imigrantes provenientes da Polônia, Chile, Turquia e Irã em relação a pacientes nascidos na Suécia. Observou-se que a população de

imigrantes tem maior necessidade de tratamento odontológico mas menor acesso ao tratamento comparados a maioria da população nascida na Suécia. Estes dados mostram um desequilíbrio entre os grupos, chamando a atenção para desenvolvimento de programas preventivos de saúde bucal voltados para a população menos favorecida (Hjern & Grindefjord, 2000).

O aumento da complexidade do tratamento está associado ao estágio evolutivo da doença, iniciando-se geralmente com uma simples alteração da estrutura dentária ou de suporte e culminando com a exodontia e necessidade de reabilitação do espaço protético. Cangussu & Costa (2001) observaram que na população brasileira em Salvador, BA, o índice de dentes cariados perdidos ou obturados (CPOD) em crianças de 12-13 anos é de 2,72 e em pacientes mais velhos na faixa etária de 12-20 anos é de 4,44. Sugere-se que como consequência, há grande necessidade de confecção de próteses para reabilitação em adultos.

É sabido, por exemplo, que no Brasil dentre as doenças bucais, a cárie dentária e a doença periodontal são as mais freqüentes. Embora essas doenças bucais sejam passíveis de prevenção, aplicação imprópria de medidas preventivas ou de procedimentos terapêuticos, podem conduzir a um controle inadequado. Sendo assim, é essencial conhecer as necessidades de tratamento odontológico de uma determinada população para estabelecer o tratamento e direcionar a participação dos cirurgiões-dentistas frente a estas exigências.

O levantamento de dados epidemiológicos fornecendo além da freqüência de uma determinada doença, informações referentes as condições sociais, econômicas e culturais de uma população, é fundamental para

elaboração de um projeto pedagógico (Kalsbeek et al.,1991; Solanki et al., 1991).

Desta forma, o programa curricular das atividades clínicas nos cursos de odontologia deve ser elaborado baseado nas necessidades reais de tratamento da comunidade. O desconhecimento dessas atividades faz com que haja uma distorção na formação do profissional e, conseqüentemente, dificuldades de adaptação no mercado de trabalho. Baseado neste contexto, um grande número de profissionais tem relatado que em grande parte a dificuldade do exercício profissional está associada ao tipo de treinamento prático oferecido nos currículos universitários.

Além do conhecimento dessas necessidades, os programas de clínicas odontológicas integradas devem contemplar as diferentes áreas clínicas verificando a relação entre as atividades desenvolvidas e complexidade do tratamento. Sendo assim, deve evitar que se analise as necessidades de tratamento individualmente por especialidades tornando o conteúdo programático das clínicas mais ponderado e equilibrado.

Baseado na evolução da doença e do aumento da complexidade do tratamento, em algumas faculdades o aprendizado de clínica odontológica integrada é dividido em diferentes estágios onde os pacientes são agrupados em perfis. Esses perfis classificam os pacientes de acordo com as necessidades crescentes na execução do tratamento e na seqüência didática, seguindo orientação das diversas disciplinas de atuação clínica.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP adota o sistema de Clínica Integrada, onde os alunos iniciam as atividades clínicas com o estágio clínico realizando atividades de menor complexidade e, com o desenvolvimento do curso, o grau de dificuldade vai aumentando. Para isso,

os pacientes passam por uma triagem (coordenada pela Área de Semiologia do Departamento de Diagnóstico Oral) onde é realizada anamnese detalhada, exame físico extra-oral, exame físico intra-oral e exame radiográfico panorâmico. De acordo com as necessidades de tratamento, os pacientes adultos são classificados em perfis que variam de I a IX (Anexo 01). Os pacientes que apresentam alterações ou lesões bucais são encaminhados para diagnóstico ao Orocentro (Centro de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Bucais da FOP-UNICAMP).

Após serem classificados em perfis, os pacientes são cadastrados em um banco de pacientes e ficam à disposição dos alunos que os requisitam para o tratamento dependendo da fase do curso e das necessidades clínicas.

Entretanto, esses perfis podem estar agrupados de forma a não representar a realidade atual e os alunos de graduação sendo exigidos a desenvolver atividades clínicas que não são comumente encontradas na população. Como foi observado em outros países como Estados Unidos e Canadá, um maior conhecimento sobre saúde bucal demonstrado pelos pacientes aliados as medidas de fluoretação de água de abastecimento estão fazendo com que haja uma mudança nas necessidades de tratamento odontológico (Douglass & Sheets, 2000; Sutherland, 2000). Fato semelhante vem sendo observado no Brasil onde foi observado redução no índice CPOD em população que reside em áreas onde há adição de flúor na água de abastecimento (Cortes et al., 1996). Em estudo das condições bucais em escolares de 7 a 12 anos em Piracicaba, no período de 1971 a 1992 após 20 anos de fluoretação observou-se redução no índice de superfícies dentais cariadas ou perdidas (CPOS) (Pereira et al., 1995). O número de pacientes que procura a FOP-UNICAMP para exodontia parece ser muito menor

atualmente do que há 30 anos devido a baixa demanda dessa atividade na clínica de graduação. Por outro lado, a procura por outras atividades, como por exemplo tratamento estético, têm aumentado.

Exame Radiográfico

Desde a introdução da radiografia panorâmica dental em 1959, muitos artigos têm sido publicados discutindo suas vantagens, desvantagens e a utilização como meio de diagnóstico para saúde coletiva (Lilly et al., 1965; Morris et al., 1969; Johnson, 1970; Keith, 1973; Alattar et al., 1980).

O objetivo principal da radiografia panorâmica é complementar o exame físico auxiliando no diagnóstico de várias alterações monitorando áreas que não seriam abrangidas por técnicas intra-orais convencionais como por exemplo os seios maxilares, anormalidades em processo coronóide, côndilo, corpo e ângulo de mandíbula, relação entre o canal mandibular e forame mentoniano com o rebordo alveolar em pacientes edêntulos, presença de sialólitos em glândulas salivares, entre outros. Além disso, a radiografia panorâmica também mostrou-se importante nos estudos epidemiológicos sobre saúde bucal por possibilitar a observação de perda óssea marginal, tratamentos endodônticos, distribuição dos dentes, a situação das restaurações e lesões osteolíticas associadas a dentes (Ahlgvist et al., 1986).

A crescente popularidade da radiografia panorâmica também se dá por ser um método rápido possibilitando a ampla visualização das maxilas e mandíbula em um único filme, pela comodidade do filme não ser inserido

dentro da cavidade bucal do paciente, pelo período de tempo desprendido pelo profissional e paciente ser reduzido e pela dose de radiação recebida pelo paciente ser menor se comparado com filmes intra-orais (boca toda 10-14 periapicais + 4 interproximais).

A radiografia panorâmica pode também contribuir para o diagnóstico de cárie e direcionar para a realização de radiografias mais indicadas como as periapicais e interproximais (Hurlburt & Wuehrmann, 1976; Hansen, 1980). Além de cárie, outras alterações relacionadas aos dentes também podem ser observadas nas radiografias panorâmicas como restaurações em excesso ou deficientes. Radiolucências periapicais também podem ser observadas, as quais podem indicar lesão periapical de origem dental sugerindo necessidade de tratamento endodôntico ou falha no tratamento já realizado (Nair et al., 1999). Por essas razões, profissionais têm defendido o uso das radiografias panorâmicas como exame de rotina para diagnóstico de saúde coletiva (Tugnait et al., 2000), resultando num contínuo crescimento em particular no uso da radiografia panorâmica, principalmente em países desenvolvidos como na Inglaterra (Wall & Kendall, 1983).

Sendo assim, a utilização da radiografia panorâmica parece ser de grande valia não apenas para diagnóstico de alterações como também para avaliar os tratamentos previamente realizados (Jones et al., 1985; De Cleen et al., 1993). Além de verificar as condições dentárias e as necessidades de tratamento a radiografia panorâmica fornece informações para identificação dos pacientes (Langland et al., 1982).

No entanto, o uso da radiografia panorâmica como único exame de imagem, tem sido desencorajado por apresentar o inconveniente de não fornecer detalhes adequados para o diagnóstico de lesões cariosas, doenças

periodontais, lesões periapicais e também pela baixa incidência de alterações ósseas ou dentais em pacientes dentados, sendo apenas indicado em pacientes edêntulos onde os achados radiográficos podem variar de 17% a 47% (Hansen Johansen, 1976; Kogon et al., 1978; Serman & Nortje, 1982; Barret et al., 1984).

Baseados na literatura e no crescente uso da radiografia panorâmica e radiografias intra-bucais, muitas vezes desnecessárias, em Centros Clínicos particulares e governamentais principalmente de países desenvolvidos, foi revisado e reafirmado nos Estados Unidos da América em 1997 e administrado pela FDA (Food and Drug Administration) o protocolo para prescrição de filmes intra-orais e radiografias panorâmicas o qual já havia sido publicado anteriormente em 1977 por Council on Dental Materials and Devices e por Dental Estimates Board. Esse protocolo tem o objetivo de orientar os profissionais de quando e qual o tipo de radiografia é mais apropriada de acordo com o perfil de cada paciente, além de se minimizar exposições de raios-x aos pacientes, já que 13% da medula óssea ativa está localizada na mandíbula (Bushong et al., 1973).

Com aparelhos radiográficos mais modernos onde uma panorâmica corresponde em média a oito radiografias periapicais, White (1992) calculou o risco de radiação que pudesse induzir a câncer usando o "International Commission on Radiological Protection Method of 1990" (ICRP). Ele verificou que o risco da radiografia panorâmica de indução a câncer por milhão de exposições foi menor que estudos anteriores comparando com aparelhos mais antigos onde a dose de radiação é maior (Underhill et al., 1988; Gibbs et al., 1988). O protocolo também previne que seja despendido dinheiro extra dos cofres públicos, já que foi observado nos EUA o patamar

de 2º lugar no ranking de indicações radiográficas e como consequência aumento desnecessário das despesas. Foram padronizadas somente indicações em situações de achados positivos na anamnese, sinais e sintomas clínicos em pacientes dentados, em pacientes com alto risco de cáries e em pacientes edêntulos.

Na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – UNICAMP a Área de Semiologia é responsável pela triagem dos pacientes que receberão tratamento odontológico nas clínicas de graduação. Para desenvolvimento desta atividade, além da anamnese, exame físico extra-bucal, exame físico intra-bucal, a radiografia panorâmica vem sendo realizada rotineiramente como método complementar de diagnóstico de possíveis alterações ósseas ou dentais e de planejamento de tratamento odontológico.

OBJETIVOS

- Descrever as necessidades de tratamento odontológico dos pacientes que procuram atendimento na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP.

- Correlacionar as necessidades de tratamento com a idade, gênero e grau de instrução.

- Verificar as necessidades de tratamento de acordo com a disciplina clínica e a relação que guardam entre si.

- Analisar o uso da radiografia panorâmica como uma ferramenta complementar ao exame clínico.

- Fornecer informações que possam contribuir para melhorar o sistema de perfis adotado atualmente na FOP-UNICAMP.

MATERIAL E MÉTODOS

Casuística

Foram revisados os prontuários clínicos de mil (1000) pacientes com idades superiores ou igual a 12 anos (clínica de adultos) que foram atendidos no Serviço de Triagem-Semiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP nos anos de 2000 e 2001. Os critérios para inclusão foram a presença de dados clínicos completos e da radiografia panorâmica.

Coleta de dados

As informações referentes a idade, gênero, cor, grau de instrução e necessidades de tratamento de acordo com as áreas clínicas de cirurgia, periodontia, endodontia, dentística e prótese foram sumarizadas em uma ficha padronizada. Foram também computados os dentes envolvidos (Anexo 02).

Os pacientes em situações de emergência foram tratados no setor de emergência e, portanto, não foram mencionados nesta pesquisa.

Exame radiográfico

A radiografia panorâmica foi realizada em aparelho marca Villa Sistemi Medicali - Dabi Atlante, modelo Rotograph Plus, 220 V e revelada em processadora automática marca Flat Co. Ltda, modelo Level 360, 220V. Para proteção do paciente, foi utilizado avental de chumbo longo com

Pb=0,5mm (Metaltrônica). As radiografias foram interpretadas em sala escura, sobre negatoscópio com máscara, com auxílio de lupa. As alterações foram anotadas em ficha padronizada (Anexo 03).

Correlação de frequência

As informações obtidas foram inseridas em banco de dados e as correlações entre as variáveis foram obtidas com auxílio de um programa especialmente construído para o estudo.

RESULTADOS

Características gerais dos pacientes

A faixa etária dos 1000 pacientes analisados variou de 12 a 90 anos (média de 51 anos). A maioria dos pacientes tinha entre 31 a 40 anos (24%), seguidos pelos grupos entre 12 a 20 anos (20,6%), 41 a 50 anos (18,5%) e 21 a 30 anos (16,1%). Os pacientes com idade acima dos 50 anos foram menos freqüentes correspondendo a 9,7% entre 51 a 60 anos e 7,9% entre 61 a 70 anos. Apenas 32 pacientes (3,2%) tinham idade acima de 70 anos (Tabela 1).

Com relação ao gênero, foi observado que o feminino foi o predominante correspondendo a 63% dos pacientes, e a maioria (79,9%) tinha cor de pele branca (Tabelas 2 e 3).

A análise do grau de instrução mostrou que a maioria dos pacientes (62%) possuía primeiro grau incompleto e apenas 4% possuíam terceiro grau completo (Tabela 4).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a idade.

Idade (anos)	n	%
12-20	206	20,6
21-30	161	16,1
31-40	240	24,0
41-50	185	18,5
51-60	97	9,7
61-70	79	7,9
> 70	32	3,2
Total	1000	100

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero.

Gênero	n	%
masculino	370	37
feminino	630	63
Total	1000	100

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes de acordo com a cor da pele.

Cor da pele	n	%
branco	799	79,9
negro	89	8,9
pardo	112	11,2
Total	1000	100

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes de acordo grau de instrução

Grau de instrução	n	%
Analfabeto	6	0,6
1º grau incompleto	620	62
1º grau completo	71	7,1
2º grau incompleto	108	10,8
2º grau completo	141	14,1
3º grau incompleto	14	1,4
3º grau completo	40	4
Total	1000	100

A correlação entre idade e gênero mostrou que a maioria dos pacientes com idades entre 21 a 70 anos era do gênero feminino com uma proporção mulher:homem de aproximadamente 2:1. No entanto, no grupo de pacientes com idades entre 12 a 20 anos e acima de 70 anos houve distribuição semelhante entre os gêneros (Tabela 5).

Considerando a correlação entre a idade e a cor de pele, observou-se que pacientes brancos foram predominantes em todas as idades. No grupo entre 12 a 20 anos, apesar do grande predomínio de pacientes brancos (73,8%), houve uma maior frequência de pacientes negros (9,7%) e pardos (16,5%) em relação aos outros grupos etários. Acima de 70 anos não foi observado nenhum paciente pardo e apenas 1 negro com frequência de brancos de 96,9% (Tabela 6).

A correlação entre o grau de instrução e gênero mostrou que houve semelhança entre os gêneros (Tabela 7). O grau de instrução foi também semelhante entre os pacientes com diferentes cores de pele. No entanto,

analisando pacientes do segundo grau completo, terceiro grau incompleto e terceiro grau completo observou-se uma porcentagem discretamente maior de pacientes brancos (Tabela 8).

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com a idade e o gênero.

Idade (anos)	Gênero				Total n (%)
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
12-20	101	49,02	105	50,98	206 (100)
21-30	61	37,88	100	62,12	161 (100)
31-40	70	29,16	170	70,84	240 (100)
41-50	65	35,13	120	64,87	185 (100)
51-60	33	34,02	64	65,98	97 (100)
61-70	23	29,11	56	70,89	79 (100)
>70	17	53,12	15	46,88	32 (100)
Total	370	37	630	63	1000 (100)

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com a idade e a cor da pele.

Idade (anos)	Cor da pele						Total
	Branco		Negro		Pardo		
	n	%	n	%	n	%	
12-20	152	73,8	20	9,7	34	16,5	206 (100)
21-30	124	77,02	13	8,07	24	14,9	161 (100)
31-40	195	81,25	25	10,42	20	8,4	240 (100)
41-50	152	82,17	13	7,03	20	10,81	185 (100)
51-60	77	79,38	9	9,27	11	11,34	97 (100)
61-70	68	86,08	8	10,12	3	3,79	79 (100)
> 70	31	96,9	1	3,12	0	0	32 (100)
Total	799	79,9	89	8,9	112	11,2	1000 (100%)

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com o grau de instrução e gênero.

Grau de instrução	Gênero				Total
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Analfabeto	1		5		6
1° GI	230	62,16	390	61,9	620
1° GC	27	7,29	44	6,98	71
2° GI	37	10	71	11,26	108
2° GC	58	15,67	83	13,17	141
3° GI	4	1,08	10	1,58	14
3° GC	13	3,51	27	4,28	40
Total	370	100	630	100	1000

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes de acordo com o grau de instrução e a cor da pele.

Grau de instrução	Cor da pele						Total
	Branco		Negro		Pardo		
	n	%	n	%	n	%	
analfab.	6	0,75	0	0	0	0	6
1° G I	488	61,07	58	65,16	74	66,07	620
1° G C	52	6,50	11	12,35	8	7,14	71
2° G I	84	10,51	9	10,11	15	13,39	108
2° G C	121	15,14	9	10,11	11	9,82	141
3° G I	13	1,62	1	1,12	0	0	14
3° G C	35	4,38	1	1,12	4	3,57	40
Total	799	100	89	100	112	100	1000

Necessidades na Área de Periodontia

A análise das necessidades de tratamento mostrou que a maioria dos pacientes (77,8%) necessita de algum tratamento periodontal. Duzentos e dez pacientes (21%) apresentaram gengivite, 15,9% periodontite leve, 25,9% periodontite moderada e 6,7% periodontite avançada (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes de acordo as necessidades de tratamento da área de periodontia.

Necessidade	n	%
gingivite (G)	210	21
Raspagem coronária (RC)	62	6,2
Periodontite leve (P1)	159	15,9
Periodontite moderada (P2)	259	25,9
Periodontite avançada (P3+P4)	67	6,7
Furca (F)	21	2,1

Necessidades na Área de Cirurgia

Com relação a Área de Cirurgia, 347 pacientes (34,7%) necessitavam de exodontia simples via alveolar e 120 (12%) de exodontia de dentes semi-inclusos ou inclusos (Tabela 10).

Os dentes que mais foram indicados para exodontia simples via alveolar foram os terceiros molares superiores correspondendo a 75 indicações para o dente 18 e 80 indicações para o dente 28. O segundo grupo de dentes que mais necessitaram de exodontia simples correspondia aos dentes 16, 17, 24, 26, 27, 36, 37, 38 e 48, 48 com cerca de 30 indicações cada. Os demais dentes tiveram índices de necessidade semelhantes correspondendo a aproximadamente 20 indicações cada dente (Tabela 11). Nos dentes inclusos e semi-inclusos, as indicações mais frequentes também foram para os terceiros molares, sendo o dente 18 com 48 indicações, 28 com 58 indicações, 38 com 51 indicações e o dente 48 com 48 indicações.

Os caninos superiores foram o segundo grupo de dentes que tiveram maior frequência de indicação de exodontia de inclusos e semi-inclusos (Tabela 12).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo as necessidades de tratamento da área de cirurgia.

Necessidade	n	%
Exodontia (Ex1)	347	34,7
Exodontia de incluso (Exi)	120	12

Tabela 11 - Distribuição de exodontia via alveolar de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
11	19	2,29
12	14	1,68
13	24	2,89
14	22	2,65
15	26	3,13
16	30	3,61
17	28	3,37
18	75	9,04
21	23	2,77
22	17	2,05
23	23	2,77
24	31	3,73
25	22	2,65
26	29	3,49
27	30	3,61
28	80	9,65
31	17	2,05
32	18	2,17
33	16	1,93
34	20	2,41
35	19	2,29
36	33	3,99
37	29	3,49
38	30	3,61
41	16	1,93
42	12	1,44
43	12	1,44
44	10	1,20
45	14	1,68
46	22	2,65
47	24	2,89
48	32	3,86
53	7	0,84
54	2	0,24
55	3	0,36
Total	829	100%

Tabela 12 - Distribuição de exodontia de incluso de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
12	1	0,43
13	5	2,16
14	1	0,43
15	1	0,43
16	1	0,43
18	48	20,77
19	2	0,86
23	9	3,89
28	58	25,10
33	3	1,29
34	1	0,43
38	51	22,07
43	1	0,43
45	1	0,43
48	48	20,77
Total	231	100%

Necessidades na Área de Endodontia

Em relação ao tratamento endodôntico, 177 pacientes (17,7%) necessitavam de endodontia em dentes monorradiculares, 112 (11,2%) de endodontia em dentes birradiculares e 57 pacientes (5,7%) em dentes multirradiculares (Tabela 13).

Os dentes monorradiculares mais indicados para tratamento endodôntico foram os incisivos superiores, segundos pré-molares superiores e pré-molares inferiores. Em contrapartida, os incisivos e caninos inferiores foram os menos indicados (Tabela 14).

Para os dentes birradiculares os mais freqüentes foram os dentes 46 com 28 indicações e dente 36 com 26 indicações. Outros dentes também indicados para tratamento endodôntico com cerca de 17 indicações cada foram os dentes 14, 24, 37 e 47 (Tabela 15). Com relação aos multirradiculares, os mais freqüentes foram os dentes 16 e 26 com 19 e 22 indicações de tratamento, respectivamente (Tabela 16).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes de acordo as necessidades de tratamento na área de endodontia.

Necessidade	n	%
Te1 (monorradicular)	177	17,7
Te2 (birradicular)	112	11,2
Te3 (multirradicular)	57	5,7
CL (clareamento)	2	0,2

Tabela 14 - Distribuição de endodontia monorradicular de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
11	17	6,93
12	12	4,89
13	18	7,34
15	21	8,57
21	20	8,16
22	23	9,38
23	7	2,85
25	16	6,53
31	8	3,26
32	3	1,22
33	5	2,04
34	24	9,79
35	20	8,16
41	4	1,63
42	4	1,63
43	9	3,67
44	12	4,89
45	22	8,97
Total	245	100

Tabela 15 - Distribuição de endodontia birradicular de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
14	16	12,21
24	18	13,74
36	26	19,84
37	17	12,97
38	7	5,34
46	28	21,37
47	15	11,45
48	2	1,52
Total	131	100

Tabela 16 - Distribuição de endodontia multirradicular de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
16	19	31,66
17	7	11,66
26	22	36,66
27	11	18,33
28	1	1,66
Total	60	100%

Necessidades na Área de Dentística

Para tratamento na Área de Dentística, foi observado que aproximadamente metade dos pacientes necessitava de restauração classe I e classe II correspondendo a 49,2% e 42,7%, respectivamente. Indicação de restauração classe III foi encontrada em 29,6% dos pacientes, restauração classe IV em 12,8% e classe V em 17,6% dos pacientes. As restaurações indiretas mais comuns foram coroa total anterior (10,9%) e posterior (16,6%) (Tabela 17).

Os dentes mais indicados para restauração classe I foram os primeiros e segundos molares, sendo o dente 16 com 118 indicações, 17 com 133, 26 com 107, 27 com 128, 36 com 84, 37 com 140, 46 com 84 e 47 com 128. O segundo grupo de dentes mais indicados foram os pré-molares e terceiros molares superiores e inferiores (Tabela 18). Para as restaurações classe II, os dentes mais indicados foram os pré-molares e primeiros e segundos molares superiores e inferiores com aproximadamente 50 indicações cada (Tabela 19). Com relação as restaurações classe III, os mais freqüentes foram os incisivos superiores (cerca de 90 indicações cada), seguidos pelos caninos superiores (60 indicações cada) e incisivos e caninos inferiores (30 indicações cada) (Tabela 20). As restaurações classe IV também foram mais comuns nos incisivos superiores com predomínio nos centrais (cerca de 50 indicações). Os outros dentes com necessidades de restaurações classe IV foram os incisivos laterais superiores e incisivos inferiores. Os caninos superiores e inferiores foram os que tiveram poucas indicações de classe IV (Tabela 21). Para classe V, os dentes mais freqüentes foram os incisivos, caninos e pré-molares (Tabela 22).

Com relação as coroas totais anteriores, os dentes mais indicados foram os incisivos centrais e laterais superiores com aproximadamente 30 indicações cada (Tabela 23). Para as coroas totais posteriores, foi observada maior necessidade nos segundos pré-molares superiores, primeiros e segundos pré-molares e primeiros molares inferiores (Tabela 24).

As Restaurações Metálicas Fundidas (RMF) tiveram apenas 7 indicações não havendo predominância em nenhum dente (Tabela 25). As restaurações atípicas e complexas foram mais indicadas nos primeiros molares inferiores com cerca de 8 indicações cada (Tabela 26). Os núcleos fundidos foram mais indicados nos incisivos superiores e pré-molares inferiores (Tabela 27).

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes de acordo com as necessidades de tratamento na área de dentística.

Necessidade	n	%
CL I	492	49,2
CL II	427	42,7
CL III	296	29,6
CL IV	128	12,8
CL V	176	17,6
CA	109	10,9
CP	166	16,6
RMF	7	0,7
At	50	5
Nu	219	21,9
Rir	2	0,2

Tabela 18 - Distribuição de restauração classe I de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
11	14	0,88
12	24	1,52
13	17	1,08
14	35	2,22
15	34	2,16
16	118	7,49
17	133	8,44
18	39	2,47
21	17	1,08
22	24	1,52
23	9	0,57
24	29	1,84
25	37	2,35
26	107	6,79
27	128	8,13
28	42	2,66
31	7	0,44
32	10	0,63
33	12	0,76
34	45	2,85
35	56	3,55
36	84	5,33
37	140	8,89
38	49	3,11
41	6	0,38
42	6	0,38
43	14	0,88
44	31	1,96
45	40	2,54
46	84	5,33
47	128	8,13
48	55	3,49
Total	1574	100%

Tabela 19 - Distribuição de restauração classe II de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
14	52	6,43
15	65	8,04
16	44	5,44
17	50	6,18
18	4	0,49
24	48	5,94
25	56	6,93
26	59	7,30
27	39	4,82
28	8	0,99
34	49	6,06
35	52	6,43
36	47	5,81
37	53	6,55
38	17	2,10
44	36	4,45
45	41	5,07
46	42	5,19
47	35	4,33
48	11	1,36
Total	808	100%

Tabela 20 - Distribuição de restauração classe III de acordo com o dente envolvido.

Nº do dente	n	%
11	87	13,06
12	101	15,16
13	73	10,96
21	92	13,81
22	81	12,16
23	52	7,80
31	30	4,50
32	34	5,10
33	29	4,35
41	28	4,20
42	30	4,50
43	29	4,35
Total	666	100%

Tabela 21 - Distribuição de restauração Classe IV de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
11	54	24,10
12	20	8,92
13	3	1,33
21	55	24,55
22	13	5,80
23	7	3,12
31	10	4,46
32	21	9,37
33	8	3,57
41	11	4,91
42	15	6,69
43	7	3,12
Total	224	100%

Tabela 22 - Distribuição de restauração Classe V de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
11	14	3,31
12	14	3,31
13	22	5,21
14	16	3,79
15	11	2,60
16	5	1,18
17	4	0,94
18	3	0,71
21	16	3,79
22	10	2,36
23	25	5,92
24	15	3,55
25	8	1,89
26	9	2,13
27	2	0,47
28	3	0,71
31	9	2,13
32	13	3,08
33	28	6,63
34	32	7,58
35	13	3,08
36	10	2,36
37	9	2,13
38	7	1,65
41	7	1,65
42	18	4,26
43	24	5,68
44	31	7,34
45	21	4,97
46	4	0,94
47	13	3,08
48	6	1,42
Total	422	100%

Tabela 23 - Distribuição de restauração indireta, coroa anterior, (CA) de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
11	30	17,44
12	23	13,37
13	19	11,04
21	28	16,27
22	35	20,34
23	15	8,72
31	2	1,16
32	3	1,74
33	6	3,48
41	2	1,16
42	3	1,74
43	6	3,48
Total	172	100%

Tabela 24- Distribuição de restauração indireta (CP) de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
14	11	4,64
15	18	7,59
16	7	2,95
17	1	0,42
18	1	0,42
24	16	6,75
25	20	8,43
26	17	7,17
27	4	1,68
28	1	0,42
34	24	10,12
35	18	7,59
36	18	7,59
37	7	2,95
38	3	1,26
44	18	7,59
45	24	10,12
46	17	7,17
47	10	4,21
48	2	0,84
Total	237	100%

Tabela 25 - Distribuição de Restauração Metálica Fundida (RMF) de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
24	1	14,28
26	2	28,57
36	2	28,57
37	2	28,57
Total	7	100%

Tabela 26- Distribuição de Restauração Atípica (At) de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
13	2	3,57
15	2	3,57
16	6	10,71
17	3	5,35
21	1	1,78
22	1	1,78
23	1	1,78
24	1	1,78
26	7	12,5
27	2	3,57
34	2	3,57
35	2	3,57
36	9	16,07
37	1	1,78
46	11	19,64
47	5	8,92
Total	56	100%

Tabela 27 - Distribuição de Núcleo Fundido (NU) de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
11	21	6,32
12	16	4,81
13	14	4,21
15	17	5,12
16	7	2,10
21	23	6,92
22	26	7,83
23	15	4,51
24	14	4,21
25	17	5,12
26	14	4,21
27	3	0,90
31	2	0,60
32	2	0,60
33	5	1,50
34	21	6,32
35	18	5,42
36	19	5,72
37	7	2,10
38	2	0,60
41	2	0,60
42	1	0,30
43	6	1,80
44	11	3,31
45	24	7,22
46	15	4,51
47	9	2,71
48	1	0,30
Total	332	100%

Necessidades na Área de Prótese

As necessidades de prótese parcial foram muito freqüentes correspondendo a cerca de metade dos pacientes analisados (48,8%). Em 28,4% havia indicação de prótese parcial removível monomaxilar, sendo mais freqüentes na arcada inferior e em 20,4% de prótese parcial removível dupla. As próteses totais e fixas foram menos comuns, sendo prótese total monomaxilar indicada em 79 pacientes (7,9%), prótese total dupla em 72 pacientes (7,2%) e prótese fixa em 161 pacientes (16,1%) (Tabela 28).

A PPR monomaxilar mais freqüentemente indicada na arcada inferior foi a com classificação de Kennedy III modificação de Applegate 1, seguido da classificação de Kennedy I e classificação de Kennedy II modificação de Applegate 2. Com relação a PPR monomaxilar na arcada superior, a mais indicada também foi a com classificação de Kennedy III modificação de Applegate 1 seguido pela classificação de Kennedy IV (Tabela 29). Nas PPRs duplas, também foi observada maior freqüência de classificação de Kennedy III modificação de Applegate 1, seguido da classificação de Kennedy I para a arcada inferior e para a arcada superior também maior freqüência foi encontrada para as próteses com classificação de Kennedy III modificação de Applegate 1 e classificação de Kennedy IV (Tabela 30).

Tabela 28 - Distribuição dos pacientes de acordo com as necessidades de tratamento na área de prótese.

Necessidade	n	%
(PPR1)	284	28,4
(PPR 2)	204	20,4
(PT1)	79	7,9
(PT2)	72	7,2
(PF)	161	16,1

Tabela 29 - Distribuição de PPR1 de acordo com classificação de Kennedy e modificações de Applegate.

Classificação de Kennedy	Superior	Inferior
I	6	49
I,1	1	17
I,2	1	0
I,3	0	0
I,4	0	0
II	3	18
II,1	2	32
II,2	0	5
II,3	0	4
II,4	0	0
III	5	11
III,1	23	69
III,2	3	7
III,3	3	0
III,4	0	0
IV	15	10
Total	62	222

Tabela 30 - Distribuição de PPR2 de acordo com classificação de Kennedy e modificações de Applegate.

Classificação de Kennedy	Superior	Inferior
I	11	51
I,1	3	10
I,2	9	2
I,3	3	2
I,4	1	0
I,5	0	0
II	3	4
II,1	14	41
II,2	6	11
II,3	6	3
II,4	3	0
II,5	1	0
III	9	8
III,1	45	59
III,2	18	6
III,3	8	0
III,4	3	0
III,5	0	0
IV	60	7
Total	204	204

Correlação entre as necessidades de tratamento e a idade

Correlacionando a idade dos pacientes com as necessidades de tratamento odontológico, observou-se que indicações para tratamento de gengivite e raspagem coronária foram mais freqüentes nas faixas etárias de 12 a 20, 21 a 30 e 31 a 40 anos. Por outro lado, os pacientes com necessidade de tratamento de periodontite leve, moderada e avançada tiveram idade um pouco maior sendo mais freqüentes entre 31 a 40 e 41 a 50 anos (Tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição dos pacientes de acordo com idade e necessidades de tratamento periodontal.

Necessidade	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
G	92	43	37	17	12	6	3	210
RC	15	10	17	8	9	3	0	62
P1	23	27	48	34	13	11	3	159
P2	20	45	84	68	15	18	9	259
P3	0	6	17	20	13	9	2	67
F	0	0	4	7	8	2	0	21

A faixa etária que mostrou maior número de pacientes com necessidades de exodontia simples via alveolar foi de 31 a 40 anos (96 pacientes). Frequência grande também foi encontrada em pacientes com idades entre 21 a 30 anos e 41 a 50 anos com 65 pacientes em cada grupo etário. Para exodontias de dentes semi-inclusos e inclusos a faixa etária foi

menor apresentando maior ocorrência em pacientes entre 12 a 20, 21 a 30 e 31 a 40 anos (Tabela 32).

Tabela 32 – Distribuição dos pacientes de acordo com idade e necessidades de cirurgia.

Necessidade	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
Ex1	44	65	96	65	33	32	12	347
Exi	35	43	20	12	3	4	3	120

A análise da idade em relação as necessidades de tratamento endodôntico mostrou que a maioria dos pacientes com indicação de tratamento endodôntico de dentes monorradiculares tinha idades entre 31 a 40 e 41 a 50 anos. Os pacientes com necessidade de tratamento endodôntico de dentes multirradiculares também foram mais freqüentes em pacientes da mesma faixa etária. No entanto, para os dentes birradiculares a distribuição foi mais ampla tendo maior freqüência entre pacientes com idades variando de 12 a 50 anos (Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição dos pacientes de acordo com idade e necessidades de tratamento endodôntico.

Necessidade	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
Te1	6	32	60	45	15	14	5	177
Te2	27	28	25	18	13	1	0	112
Te3	9	10	20	13	2	3	0	57
CL	0	1	1	0	0	0	0	2

Para a Área de Dentística, notou-se que necessidade de classe I foi maior em pacientes mais jovens, correspondendo a 145 pacientes entre 12 a 20 anos, 118 entre 21 a 30 e 124 entre 31 a 40 anos. As classes II e III foram mais freqüentes em pacientes com faixa etária um pouco maior (21 a 30, 31 a 40 e 41 a 50 anos). Classes IV e V foram também mais freqüentes em pacientes com idade entre 31 a 40 e 41 a 50 anos. Com relação as restaurações indiretas, observou-se que coroa total anterior foi mais indicada em pacientes com idades variando em 21 a 50 anos, e coroa total posterior variando de 31 a 50 anos. As restaurações metálicas fundidas foram incomuns (7 pacientes) não havendo predominância significativa em nenhum grupo etário. As restaurações atípicas e complexas também foram observadas em pacientes de diferentes faixas etárias com discreta predominância entre 12 a 20 e 31 a 40 anos (Tabela 34).

Tabela 34 – Distribuição dos pacientes de acordo com idade e necessidades de tratamento restaurador.

Necessidade	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
CL I	145	118	124	55	23	17	10	492
CL II	50	99	125	93	33	20	7	427
CL III	22	61	83	72	36	16	6	296
CL IV	16	19	35	32	15	8	3	128
CL V	11	25	44	58	20	11	7	176
CA	3	19	37	22	14	10	4	109
CP	18	16	48	53	18	12	1	166
RMF	0	1	3	1	1	0	1	7
At	12	6	15	7	6	4	0	50
Nu	20	29	68	57	24	19	2	219
Rir	0	0	1	1	0	0	0	2

As próteses parciais removíveis monomaxilar e dupla foram mais comuns em pacientes de 31 a 40 e 41 a 50 anos. No entanto, foi também observada indicação de PPR maxilar em 16 pacientes com idade inferior a 20 anos e em 15 pacientes acima de 70 anos. As Próteses totais monomaxilar e dupla foram indicadas com maior frequência em pacientes com idades entre 41 a 50, 51 a 60 e 61 a 70 anos. Por outro lado as próteses fixas foram notadas mais comumente em pacientes mais jovens com idade variando de 21 a 50 anos (Tabela 35).

Tabela 35 – Distribuição dos pacientes de acordo com idade e necessidades de tratamento protético.

Necessidade	12-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
PPR1	16	39	78	72	36	28	15	284
PPR 2	3	18	61	65	29	21	7	204
PT1	1	1	11	25	17	16	8	79
PT2	1	1	5	14	17	25	9	72
PF	16	44	57	28	10	5	1	161

Correlação entre as necessidades de tratamento e PPR I e PPR 2

A análise entre as necessidades de tratamento mostrou que havia forte correlação das necessidades de prótese parcial removível (monomaxilar ou dupla) com as necessidades das outras áreas clínicas. Foi observado que grande número de pacientes que necessitavam de próteses parciais necessitavam também de tratamento periodontal e a quantidade de pacientes aumentava proporcionalmente com o aumento da severidade da doença periodontal. Dos 210 pacientes que apresentavam gengivite, 21,4% necessitavam de prótese parcial removível monomaxilar e 11,9% de prótese parcial removível dupla. Do total de 159 pacientes com periodontite leve, 60,9% necessitavam também de prótese parcial removível monomaxilar ou dupla. Esta porcentagem aumentava para 64,7% dos pacientes com periodontite moderada e 76,1% dos pacientes com periodontite avançada (Tabela 36).

Para a área de cirurgia, dos 347 pacientes com necessidade de exodontia simples via alveolar, 36,02% dos pacientes necessitavam também de prótese parcial removível monomaxilar e 30,84% de prótese parcial removível dupla (Tabela 37).

Com relação a área de endodontia, o número de pacientes que necessitam de tratamento endodôntico e também necessitavam de próteses parciais foi grande. Dos 177 pacientes com necessidade de tratamento endodôntico monorradicular, 36,15% necessitavam também de prótese parcial removível monomaxilar e 32,2% de prótese parcial removível dupla (total 68,35%). Dos 112 pacientes que tiveram indicação de tratamento endodôntico de dentes birradiculares, 37,25% também necessitavam de prótese parcial removível monomaxilar ou dupla, e dos 57 pacientes com indicação de tratamento endodôntico de dentes multirradiculares, 48,07% também necessitavam de próteses parciais (Tabela 38).

Houve também grande correlação entre as necessidades de tratamento da área de dentística com as necessidades de prótese parcial removível. Aproximadamente 70% dos pacientes com indicação de restauração classe III, classe IV e classe V e coroas totais necessitavam também de prótese parcial removível monomaxilar ou dupla (Tabela 39).

Tabela 36 - Necessidades de prótese parcial dupla ou mono em pacientes que necessitam tratamento periodontal.

	PPR mono n = 284	PPR dupla n = 204	Total
G	45 (21,4%)	25 (11,9%)	210 (100%)
RC	18 (29%)	10 (16,1%)	62 (100%)
P1	57 (35,8%)	40 (25,1%)	159 (100%)
P2	95 (36,6%)	73 (28,1%)	259 (100%)
P3+P4	26 (38,8%)	25 (37,3%)	67 (100%)

Tabela 37 - Necessidades de prótese parcial dupla ou mono em pacientes que necessitam de intervenção de exodontias.

	PPR mono n = 284	PPR dupla n = 204	Total
Ex1	125 (36,02%)	107 (30,84%)	347 (100%)
Exi	18 (15%)	19 (15,8%)	120 (100%)

Tabela 38 - Necessidades de prótese parcial dupla ou mono em pacientes que necessitam tratamento endodôntico.

	PPR mono n = 284	PPR dupla n = 204	Total
Te 1	64 (36,15%)	57 (32,2%)	177 (100%)
Te 2	27 (24,10%)	15 (13,15%)	112 (100%)
Te 3	16 (28,07%)	11 (20%)	57 (100%)

Tabela 39 - Prótese parcial dupla ou mono em pacientes que necessitam de tratamento restaurador.

	PPR mono n = 284	PPR dupla n = 204	Total
CLI	128 (26%)	90 (18,3%)	492 (100%)
CLII	131 (30,7%)	123 (28,8%)	427 (100%)
CLIII	107 (36,1%)	103 (34,8%)	296 (100%)
CLIV	49 (38,2%)	42 (32,8%)	128 (100%)
CLV	72 (40,9%)	53 (30,1%)	176 (100%)
At	9 (18%)	13 (26%)	50 (100%)
RMF	2 (28,6%)	1 (14,3%)	7 (100%)
CA	40 (36,6%)	45 (41,2%)	109 (100%)
CP	57 (34,3%)	36 (21,6%)	166 (100%)

Achados radiográficos

A análise das radiografias panorâmicas mostrou que os achados radiográficos mais freqüentes em ordem decrescente foram imagens sugestivas de osteoesclerose (156 pacientes, 15,6%), pneumatização dos seios maxilares direito e esquerdo (148 pacientes, 14,8%), presença de dentes inclusos e semi-inclusos (120 pacientes, 12%), velamento sinusal (68 pacientes, 6,8%) e radiolucência periapical (50 pacientes, 5%). Outras alterações encontradas foram alvéolo com extração recente (33 pacientes, 3,3%), agenesia dental (21 pacientes, 2,1%), anomalia de tamanho e forma dental (16 pacientes, 1,6%), imagem sugestiva de cisto mucoso do seio maxilar (13 pacientes, 1,3%) entre outras (Tabela 40).

Com relação a radiolucência periapical, observamos que houve uma distribuição homogênea entre os dentes envolvidos com discreta predominância nos primeiros e segundos molares inferiores (Tabela 41). Do total de 19 agenesias dentais, observou-se que os incisivos laterais superiores foram os que mais estavam ausentes, seguidos dos terceiros molares inferiores e posteriormente dos pré-molares inferiores e incisivos laterais inferiores (Tabela 42). Os dentes supra-numerários foram mais encontrados na região anterior de maxila e na região distal dos terceiros molares superiores (Tabela 43).

Tabela 40 - Achados radiográficos e número de pacientes em 1000 radiografias.

Achados radiográficos	n	%
Osteoesclerose	156	15,6
Pneumatização D,E	148	14,8
Incluso/semi-incluso	120	12
Velamento sinusal	68	6,8
Radiolucência periapical	50	5,0
Pneumatização E	34	3,4
Alvéolo extração recente	33	3,3
Pneumatização D	31	3,1
Agnesia	19	1,9
Anomalia dental (T, F)	16	1,6
Cisto mucoso do Seio M	13	1,3
Dente supranumerário	11	1,1
Corpo estranho metálico/ não metálico	7	0,7
Odontoma	3	0,3
Displasia óssea florida	3	0,3
Cementoma	2	0,2
Cisto de Stafne	1	0,1
Cisto paradentário	1	0,1
Defeito osteoporótico focal	1	0,1
Cisto dentígero	1	0,1
Dente dentro do seio maxilar	1	0,1

Tabela 41 - Distribuição radiolucência periapical de acordo com o dente envolvido.

Dente	n	%
11	1	1,63
12	1	1,63
14	1	1,63
15	1	1,63
16	2	3,27
21	1	1,63
24	2	3,27
25	2	3,27
27	1	1,63
31	3	4,91
32	2	3,27
33	1	1,63
34	2	3,27
35	4	6,55
36	5	8,19
37	6	9,83
38	2	3,27
41	2	3,27
42	2	3,27
43	1	1,63
44	3	4,91
45	4	6,55
46	6	9,83
47	4	6,55
48	2	3,27
Total	61	100%

Tabela 42 – Distribuição de agenesia de acordo com o dente envolvido.

Agnesia	n	%
22	3	15,7
12	3	15,7
45	4	21,2
42	2	10,5
48	4	21,2
38	2	10,5
34	1	5,2
Total	19	100%

Tabela 43 - Distribuição dente supranumerário de acordo com a localização.

Localização	n	%
Entre 11/21	1	9,09
Entre 11/12	1	9,09
Distal do 18	1	9,09
Entre 21/22	1	9,09
Entre 22/23	1	9,09
Distal do 28	2	18,18
Entre 33/34	2	9,09
Entre 44 e 45	2	18,18
Total	11	100%

DISCUSSÃO

A distribuição dos 1000 pacientes de acordo com a faixa etária foi semelhante dos 12 aos 50 anos de idade com maior porcentagem entre 31 a 40 anos. A partir dos 50 anos, o número de pacientes diminuiu apresentando apenas 32 (3,2%) com idade acima dos 70 anos. O pequeno número de pacientes idosos talvez se deva à baixa expectativa de vida da população brasileira ou concordando com Kiyak (1993) de que há dificuldades da vinda de pacientes mais velhos ao dentista devido a perda dos elementos dentais, ao tratamento dental ser caro, ao tratamento dental requerer longas consultas, pelo conceito antigo de pacientes usuários de próteses totais não necessitarem de acompanhamento odontológico.

Com relação gênero, o feminino foi o mais prevalente nos pacientes com idade entre 21 a 70 anos numa proporção de mulher:homem de 2:1. Brennam et al. (2001) também observaram maior porcentagem de mulheres que procuraram tratamento odontológico. Esta maior frequência provavelmente está relacionada ao maior interesse das mulheres em tratar os dentes e, provavelmente, possuírem maior flexibilidade de horário além de uma maior preocupação quanto a saúde bucal e higiene pessoal, quando comparados aos homens de igual faixa etária. Por outro lado, Razak & Jaatar (1987) observaram proporção semelhante entre os gêneros e Kulak-Özkan et al. (2001) notaram que a porcentagem de homens foi superior ao de mulheres. No entanto, em nossa amostra não houve diferença significativa entre os gêneros na faixa etária de 12-20 anos e maiores de 70 anos. A distribuição semelhante entre os gêneros de pacientes com idades entre 12 a 20 anos poderia ser explicada pelo fato de muitos destes pacientes serem

encaminhados ao serviço odontológico por suas mães, pelos mesmos motivos relatados anteriormente. Nos pacientes idosos, o número de homens foi proporcional ao de mulheres provavelmente por eles terem tempo suficiente para procurar atendimento odontológico.

Devido à grande miscigenação da população brasileira, não consideramos raça, mas sim, cor de pele, e observamos em nosso estudo que a grande maioria era branca (79,9%) não havendo correlação importante com idade ou grau de instrução e gênero.

Um fato interessante foi que a maior parte dos pacientes (62%) tinha apenas o primeiro grau incompleto mostrando que a população que procura atendimento odontológico na FOP pertence a uma classe com baixo grau de escolaridade. Considerando que pessoas com grau de instrução menor também possuam ascensão social menor, estudos apontam que entre populações consideradas excluídas, as necessidades de tratamento dental são maiores do que os que estão em casta social mais privilegiada (Palmqvist et al., 1991; Cruz et al., 2001). Em estudo realizado na Suécia observou-se que em populações estrangeiras que residem no país e aqueles com condições financeiras menos favorecidas, as necessidades odontológicas foram maiores tanto em crianças quanto em adultos, mesmo após ter sido implantado no país um programa de atendimento odontológico oferecendo acesso igual aos residentes independentemente do nível sócio-econômico (Hjern et al., 2001). No entanto, Taani (1996) observou que entre crianças jordanianas de 13 a 14 anos não houve diferença significativa entre as necessidades de tratamento odontológico mesmo havendo diferenças nos níveis sócio-econômicos. Frencken et al. (1999) também observaram que não houve diferença

estatisticamente significativa na prevalência de cárie entre adultos de vários níveis educacionais.

Considerando necessidades de tratamento, os procedimentos de emergência devido a dor causada por cárie dental e por doença periodontal têm sido as necessidades mais encontradas em muitos estudos epidemiológicos (Warnaklasuriya, 1985; Van Palenmstem Helderma & Nathoo, 1990). Em nossos achados também foram encontrados necessidades semelhantes, pois de 1000 prontuários analisados, a grande maioria dos pacientes também necessitava tratamento de cárie e doença periodontal.

Outro aspecto importante também foi notado em relação as necessidades de tratamento restaurador de classes I e II estando estas indicações mais concentradas nas faixas etárias de 12 a 50 anos concordando com estudos realizados no Zimbábue por Frencken et al. (1999), em pacientes de três grupos etários (5 anos, 15-19 anos e 35-44 anos) havendo muita lesão cáries entre adolescentes e adultos. Os dentes mais indicados para classe I foram molares concordando com achados Kikwilu & Mandari (2002) em crianças de idade escolar em cidade no município da Tanzânia. Essas necessidades refletem a falta de medidas preventivas na área de saúde, pois mesmo havendo fluoretação na água de abastecimento de Piracicaba, doenças como a cárie dental e problemas periodontais os quais poderiam ser bem controlados utilizando-se também do uso rotineiro de dentifício fluoretado, escova dental e fio ou fita dental juntamente com técnicas de escovação adequadas para cada indivíduo, ainda continuam causando grande morbidade dental. Nota-se também que a carência de recursos financeiros da população associada a pouca instrução em relação a higiene pessoal associada resulta em infrequente hábito de escovação e a falta de controle da

dieta considerada cariogênica desequilibrando o processo de desmineralização e remineralização dental.

Como consequência dessa situação, cáries iniciais evoluem para o complexo dentino-pulpar e através de um quadro irreversível de pulpite aguda faz-se necessário a intervenção endodôntica. Pudemos observar o grande número de indicações para tratamento endodôntico com destaque entre adultos na faixa etária de 31 a 50 anos com indicações para os dentes monorradiculares. Os dentes birradiculares também foram bastante indicados principalmente entre pacientes de 12 a 50 anos, enquanto que indicações para os dentes multirradiculares foram entre os pacientes de 31 a 50 anos, porém, em número mais reduzido tendo apenas 57 indicações. Mesmo que Douglass et al. (2000) tenham observado que a expectativa dos pacientes em relação aos cuidados com a saúde bucal esteja mudando e que eles queiram preservar o maior número de dentes, ainda existe o fato, principalmente em países em desenvolvimento, dos pacientes terem a tendência em querer preservar mais os dentes anteriores devido a estética não dando muita importância aos dentes posteriores extraíndo-os quando esses necessitam de tratamentos mais especializados. Talvez isso explique a baixa indicação de tratamento endodôntico de dentes multirradiculares devido a ausência dos mesmos em nossos estudos. Fato confirmado pela grande indicação de próteses parciais removíveis em espaços protéticos posteriores conforme será descrito mais adiante. Bagewitz et al. (2000) em estudo com pacientes suecos, considerando condições sociais, observou que o fator econômico foi determinante na escolha da reabilitação bucal.

As exodontias também foram bastante presentes em nosso estudo principalmente nos dentes posteriores, concordando com achados de Frencken et al. (1999).

A reabilitação protética foi muito indicada correspondendo a cerca de 80% dos pacientes. As próteses parciais removíveis foram as mais freqüentes em 48,8% dos pacientes. Em 28,4% havia indicação de PPR monomaxilar, sendo mais encontrada na arcada inferior e sendo essas com classificação de Kennedy III e modificação de Applegate 1 seguido pela classificação de Kennedy I e classificação de Kennedy II modificação de Applegate 2. As PPRs duplas foram indicadas em 20,4% dos pacientes sendo a classificação de Kennedy III, modificação de Applegate 1 para ambas as arcadas as mais encontradas.

A correlação com idade mostrou que a maioria das PPR monomaxilar foi indicada em pacientes 31 a 50 anos tendo 16 indicações em pacientes de 12 a 20 anos e 15 pacientes acima de 70 anos. As próteses parciais removíveis duplas também foram bastante observadas na faixa etária de 31 a 50 anos. As próteses parciais removíveis foram indicadas levando-se em consideração as condições de saúde bucal, condições dentais e fator sócio econômico, pois como já foi observado por Bagewitz et al. (2000) e concordando com seus achados da pesquisa também realizada na Suécia cerca de metade dos pacientes analisados além de possuírem grau de instrução baixo necessitam de próteses parciais removíveis e consideram além do fator econômico como determinante para a reabilitação bucal.

As próteses totais monomaxilares foram mais freqüentes entre 41 a 50 anos e próteses duplas em pacientes mais idosos com 61 a 70 anos. Tal fato pode ser em decorrência da falta de prevenção associado a demora

demasiadamente grande em se fazer tratamento reparador nos danos causados pela cárie dental levando a lesões mais agressivas com necessidades de tratamentos mais complexos como restaurações diretas complexas, restaurações indiretas, tratamentos endodônticos ou até mesmo as exodontias levando a perda do elemento dental devido a cárie e/ou doença periodontal. Fato interessante, em nossos estudos mostrou que os pacientes que necessitavam de prótese parciais removíveis foram os mais indicados para outras intervenções odontológicas como por exemplo 60,9% dos pacientes com periodontite leve, 64,7% dos pacientes com periodontite moderada, 76,1% dos pacientes com periodontite severa necessitavam de prótese removível monomaxilar ou dupla. O mesmo foi observado em outras Áreas, pois 66,86% dos pacientes para exodontia via alveolar, 68,35 dos pacientes para endodontia de monorradiculares, 37,25% dos pacientes para endodontia de dentes birradiculares, 48,07% dos pacientes para multirradiculares, e cerca de 70% dos pacientes com necessidades de restaurações classe III, IV e V e coroas totais necessitavam de algum tipo de PPR.

Esses dados nos mostram que grande parte dos pacientes para próteses parciais removíveis precisam de tratamento integrado, necessitando da contribuição de diversas áreas da odontologia para completa adequação da boca antes da reabilitação oral. Como consequência, os pacientes com necessidades de próteses ficam agrupados em perfis mais complexos e um escasso número de pacientes em perfis mais simples com atividades igualmente simples. Se condicionar o atendimento realizado nos primeiros dois semestres de clínica somente aqueles pacientes com necessidades menos complexas como por exemplo exodontias via alveolar, certamente

teremos impressão errônea de que a demanda de pacientes para exodontias seja menor que a procura, não havendo um número mínimo de procedimentos exigidos pelos professores para a formação dos alunos.

A utilização da radiografia panorâmica como método auxiliar de observação de achados radiográficos tem sido explorada por muitos trabalhos. A literatura nos mostra que as alterações em radiografias de pacientes edêntulos pode variar de 17% a 47% e as raízes residuais costumam ser muito prevalentes nesses estudos (Ritchie & Fletcher, 1979; Axelsson, 1988; Närhi et al., 1997). Em nosso trabalho, as raízes residuais foram incluídas como necessidades de exodontias simples via alveolar não estando portando, presentes como achados radiográficos mas sim como necessidades de tratamento. Pelo fato dos dados terem sido retirados de prontuários clínicos, não sabemos se houve alguma raiz residual presente em radiografia que não tivesse sido observada clinicamente, já que os alunos que fazem o exame clínico têm simultaneamente a radiografia panorâmica em mãos.

Esclerose focal e ou osteíte condensante também têm sido achados freqüentes em exames radiográficos de rotina (Barret et al., 1984; Edgerton & Clark 1991). Embora a esclerose focal assim como lesões radiolúcidas sugestivas de cistos periapicais e granulomas sejam resultantes de lesões dentais por seqüelas de cáries dentais ou procedimentos restauradores inadequados, em nossos estudos, a incidência de esclerose focal foi aproximadamente três vezes superior ao número de lesões periapicais. Esses resultados justificam a discrepância entre as lesões osteoescleróticas e lesões periapicais, concordando com Farman et al. (1978). Três tipos de osteoesclerose foram observadas em seu estudo (as lesões que foram

causadas por cárie, as lesões osteoescleróticas em zonas desdentadas e as lesões laterais a dentes vitais).

Ângulo (1989), observou a não significância de achados radiográficos em relação a pacientes dentados a desdentados. Nossos resultados concordam com Allard et al. (1981) que observaram a uma variação de 2% a 13% na incidência de cistos mucosos em pacientes dentados e desdentados, pois em nosso trabalho a prevalência de achados radiográficos sugestivos de cisto mucoso do seio maxilar e velamento sinusal foi de 1,3% e 6,8%, respectivamente.

Com relação a pneumatização do seio maxilar, foram encontrados 14,85 % de forma bilateral e 6,5 % unilateralmente. Este achado pode ser considerado de prognóstico desfavorável em pacientes desdentados que necessitam de próteses totais por estas não se adaptarem adequadamente devido a pouca quantidade de tecido ósseo presente (Keur et al., 1987).

Valmaseda-Castellon et al. (2001) observaram grande prevalência de dentes supranumerários na região de pré-molares. No nosso estudo, os supranumerários na região de pré-molares também foram freqüentes. No entanto, os dentes supranumerários predominantes foram na região de incisivos superiores.

Essas achados radiográficos na maioria das vezes são incluídos como achados patológicos em muitos estudos epidemiológicos presentes na literatura, não representando portanto risco de vida ao paciente e não necessitando intervenção. Quando se considera achados patológicos verdadeiros como cistos e tumores, observa-se que a porcentagem é muito baixa (Barret et al., 1984). Em nossos estudos felizmente não observamos nenhum achado que viesse pôr em risco a vida dos pacientes analisados,

sendo encontrados um número pequeno e insignificante de imagens sugestivas de lesões como odontoma, cisto dentígero e displasia óssea florida. Fato que esses pacientes foram encaminhados ao setor especializado na FOP (Orocentro) para confirmação de diagnóstico e tratamento.

Baseados em resultados de trabalhos na literatura é de grande prudência se fazer o exame de radiografia panorâmica prévio ao tratamento, pois o exame radiográfico permite que sejam observadas as necessidades gerais de tratamento dos pacientes, além de se pesquisar eventuais achados que podem comprometer e atrasar o atendimento destes pacientes.

CONCLUSÕES

1. Os pacientes adultos (acima de 12 anos) que procuraram atendimento odontológico na FOP-UNICAMP foram predominantemente do gênero feminino (63%), com média de idade de 51 anos e a maioria (79,9%) foi composta por indivíduos de pele branca.
2. A maioria dos pacientes tinha baixo grau de escolaridade, sendo que 62% apresentavam o primeiro grau incompleto. Apenas 4% dos pacientes tinham terceiro grau completo.
3. A maioria (77,8%) necessitava de algum tratamento periodontal sendo que os pacientes com idades mais avançadas tinham necessidades de tratamento periodontal mais especializado.
4. Houve grande necessidade de tratamento cirúrgico tanto para exodontias via alveolar quanto para exodontias de dentes inclusos ou semi inclusos, correspondendo a 34,7% e 12% dos pacientes, respectivamente.
5. Houve várias indicações para tratamento endodôntico, principalmente em dentes monorradiculares (17,7%) e birradiculares (11,2%) sendo menos freqüentes em multirradiculares (5,7%) estando presentes em ampla faixa etária.

6. Tratamento restaurador também foi muito indicado, sendo as restaurações diretas classe I foram mais freqüentes em pacientes de 12-40 anos e classe II em pacientes de 21-50 anos. A restauração indireta mais indicada foram as coroas totais posteriores e anteriores.
7. A população de pacientes foi considerada parcialmente desdentada. Muitos pacientes (48,8%) necessitavam de próteses parciais removíveis, sendo 28,4% PPR monomaxilar e 20,4 PPR dupla. As próteses fixas foram indicadas em 16,1% dos pacientes.
8. A maioria dos pacientes com indicação de próteses, necessitava também de tratamento periodontal, cirúrgico, endodôntico e restaurador.
9. Embora o uso da radiografia panorâmica não esteja bem aceito em saúde coletiva, na FOP seu uso é fundamental para planejamento odontológico e para indicação de outras técnicas radiográficas quando necessárias. Dentre outros achados mais comuns foram pneumatização dos seios maxilares, osteoesclerose e dentes inclusos e semi-inclusos tendo como menos freqüentes imagens sugestivas de cistos ou tumores.
10. Conclui-se portanto, que assim como em outras populações que vivem em países em desenvolvimento, a população de pacientes atendidos na FOP-Unicamp é carente e de baixa escolaridade necessitando de tratamento restaurador para se alcançar necessidades primárias e posteriormente orientação e controle no tratamento preventivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlqwist M, Halling A, Hollender L. Rotational panoramic radiography in epidemiological studies of dental health. *Swed Dent J* 1986;10:79-84.
- Alattar MM, Baughman RA, Collett WK: A survey of panoramic radiographs for evaluation of normal and pathologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50: 472-78.
- Allard RHB, van der Kwast WAM, van der Waal I. Mucosal antral cysts: review of the literature and report of a radiographic survey. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981;51:2-9.
- Angulo F. La radiografia panoramica en pacientes edentulos y parcialmente edentulos. *Acta Odontol Venez* 1989;27:60-7.
- Axelsson G. Orthopantomographic examination of the edentulous mouth. *J Prosthet Dent* 1988;59:592-8.
- Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Social equality and dental conditions. *Swed Dent J* 2000;24:155-64.
- Barret AP, Waters BE, Griffiths CJ. A critical evaluation of panoramic radiography as a screening procedure in dental practice *Oral Surg* 1984;57:673-7.
- Brennam DS, Spencer AJ, Slade GD. Prevalence of periodontal conditions among public-funded dental patients in Australia. *Aust Dent J* 2001;46:114-21.
- British Dental Association. DEB policy on pantomographic radiographs. *British Dental Association News* 1.11.77 (supplement to *Br Dent J* 1977;143: N° 9).

- Broderick EB, Niendorff WJ. Estimating dental treatment needs among American Indians and Alaska Natives. *J Public Health Dent* 2000;60 Suppl 1:250-5.
- Bushong SW, Glaze SA, Foster JK, Copley RL, Miller JT. Panoramic Dental radiograph for mass screening? *Health Phys* 1973;5:489-94.
- Cangussu MC, Costa MC. Topical fluoride in the reduction of dental caries in adolescents in Salvador, BA, 1996. *Pesquisa Odontológica Brasileira* 2001;15:348-53.
- Cortes DF, Ellwood RP, O'Mullane DM, Bastos JR. Drinking water fluoride levels, dental fluorosis, and caries experience in Brazil. *J Public Health Dent* 1996;56:226-8.
- Council on Dental Materials and Devices. Advantages and disadvantages of the use of dental panoramic radiography. *J Am Dent Assoc* 1977; 94: 147.
- Cruz GD, Xue X, LeGeros RZ, Halpert N, Galvis DL, Tavares M. Dental caries experience, tooth loss, and factors associated with unmet needs of Haitian immigrants in New York City. *J Public Health Dent* 2001;61:203-9.
- De Cleen MJ, Schuurs AH, Wesselink PR, Wu MK. Periapical status and prevalence of endodontic treatment in an adult Dutch population. *Int Endod J* 1993;26:112-9.
- Douglass CW, Sheets CG. Patients' expectations for oral health Care in the 21st century. *J Am Dent Assoc* 2000;131suppl:3S-7S.
- Edgerton M, Clark P. Location of abnormalities in panoramic radiographs of edentulous patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:106-9.

- Farman AG, De V. Joubert JJ, Nortjé CJ. Focal osteosclerosis and apical periodontal pathoses in “European” and Cape Coloured dental outpatients. *Int J Oral Surg* 1978;7:549-57.
- Frencken JE, Sithole WD, Mwaenga R, Htoon HM, Simon E. National oral health survey Zimbabwe 1995: Dental Caries situation. *Int Dent J* 1999;49: 3-9.
- Gibbs SJ, Pujol A, McDavid WD, Wellander U, Tronje G. Patient risk from rotational panoramic radiography. *Dentomaxillofac Radiol* 1988;17:25-32.
- Hansen BF, Johansen JR. Oral roentgenologic findings in a Norwegian urban population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41:261-6.
- Hansen BF. Clinical and roentgenologic caries detection. *Dentomaxillofac Radiol* 1980;9:34-6.
- Hjern A, Grindeffjord M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:167-74.
- Hjern A, Grindeffjord M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health* 2000;5:23-32.
- Hurlburt CE, Wuehrmann AH. Comparison of interproximal carious lesion detection in panoramic and standard intraoral radiography. *J Am Dent Assoc* 1976;93:1154-8.
- Johnson CC: Analysis of panoramic survey. *J Am Dent Assoc* 1970;81: 151-4.
- Jones JD, Seals RR, Schelb E. Panoramic radiographic examination of edentulous patients. *J Prosthet Dent* 1985;53:535-9.

- Kail BI. Dental demands of older people living at home in Hertfordshire: changes over a 10-year period. *Br Dent J* 1996;180:185-8.
- Kalsbeek H, Truin GJ, Burgersdijk R, van 't Hof M. Tooth loss and dental caries in Dutch adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:201-4.
- Keith DA: The detection of abnormalities in the jaws. A survey. *Br Dent J* 1973;134: 129-35.
- Keur JJ, Campbell JP, McCarthy JF, Ralph WJ. Radiological findings in 1135 edentulous patients. *J Oral Rehabil* 1987;14: 183-91.
- Kikwilu EN, Mandari GL. Dental caries and periodontal conditions among primary school children in Morogoro municipality, Tanzania. *East Afr Med J* 2001;78:152-6.
- Kiyak HA. Oral health promotion in old age. In: Schou L, Blinkhorn AS, editors. *Oral health promotion*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 215.
- Kogon RG, Stephens RG, Reid JA. The selection of the most efficient radiographic survey for young adults. *Can Dent Assoc J* 1978;44:317-9.
- Kulak-Ozkan Y, Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in Istanbul: A pilot study. *Int Dent J* 2001;51:451-6.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Services 1974.
- Langland OE, Langlais RP, Morris CR. Principles and practice of panoramic radiology. In: WB Saunders CO. Philadelphia; 1982. p.2.

- Lilly GE, Steiner M, Irby WB, Tiecke RW: Oral health evaluation: analysis of radiographic findings. *J Am Dent Assoc* 1965;71: 635-9.
- Miller CS, Epstein JB, Hall EH, Sirois D. Changing oral care needs in the United States: The continuing need for oral medicine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;91:34-44.
- Morris CR, Marano PD, Swimley DC, Runco JG: Abnormalities noted on panoramic radiographs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969;28: 772-82.
- Nair PN, Sjogren U, Figdor D, Sundqvist G. Persistent periapical radiolucencies of root-filled human teeth, failed endodontic treatments, and periapical scars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:617-27.
- Närhi TO, Ettinger RL, Lam EWM. Radiographic findings ridge resorption, and subjective complaints of complete denture patients. *Int J Prosthodont* 1997;10:183-9.
- Palmqvist S, Söderfeldt B, Arnbjerg D. Dental Conditions in a Swedish population aged 45-69 years. *Acta Odontol Scand* 1991;49:377-84.
- Pereira AC, Meneghin MC, Moreira BW. Condições bucais de escolares de 7 a 12 anos de idade após 20 anos de fluoretação das águas de abastecimento Público de Piracicaba. *Rev Paul Odontol* 1995;17:30-6.
- Pitts NB, Evans DJ, Nugent ZJ, Pine CM. The dental caries experience of 12-year-old children in England and Wales. Survey coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 2000/2001. *Community Dent Health* 2000;19:46-53.

- Razak IA, Jaafar N. Dental needs, demands and patterns of service utilization in a selected Malaysian urban population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15:188-91.
- Ritchie GM, Fletcher AM. A radiographic investigation of edentulous jaws. *Oral Surg* 1979;47: 563-7.
- Serman NJ, Nortje CJ. A retrospective pantomographic study of the edentulous patient - The forensic implications. *J Dent Assoc S Afr* 1982;37:237-41.
- Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8:360-4.
- Solanki GC, Myburgh N, Moola MH. Dental caries in black preschool children in Cape Town. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:178-9.
- Songpaisan Y. Manpower and the future role of dentistry in developing countries. *Int Dent J* 1985;35:78-82.
- Stabholz A, Babayof I, Mersel A, Mann J. The reasons for tooth loss in geriatric patients attending two surgical clinics in Jerusalem, Israel. *Gerodontology* 1997;14:83-8.
- Sutherland SE. The building blocks of evidence-based dentistry. *J Can Dent Assoc* 2000;66:241-4.
- Taani DSQ. Dental health of 13-14-years-old Jordanian school children and its relationship with socio-economic status. *International Journal of Paediatric Dentistry* 1996;6:183-6.

- Tugnait A, Clerehugh DV, Hirschmann PN. Survey of radiographic practices for periodontal disease in UK and Irish dental teaching hospitals. *Dentomaxillofac Radiol* 2000;29:376-81.
- Underhill TE, Chilvarquer I, Kimura K, Langlais RP, McDavid WD, Preece JW, Barnweel G. Radiobiologic risk assessment from dental radiology II. Cancer incidence and fatality. *Oral Med Oral Surg Oral Pathol* 1988;66:261-267.
- Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Supernumerary premolars. Report of 10 cases. *Bull Group Int Rech Sci Stomathol Odontol* 2001;43:19-25.
- Van Palenstein Helderman WH, Nathoo ZA. Dental treatment demands among patients in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:85-7.
- Wall BF, Kendall GM. Collective doses and risks from dental radiology in Great Britain. *Br J Radiol* 1983;56:511-6.
- Warnakulasuriya S. Demand for dental care in Sri Lanka. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:68-9.
- White SC. Assessment of radiation risk from dental radiology. *Dentomaxillofac Radiol* 1992;21:118-126.

ANEXO 01

PERFIS CLÍNICOS – CLÍNICA DE ADULTOS

Perfil I

Periodontia	tratamento de gengivite técnica de controle de placa polimento coronário
Cirurgia	exodontia simples via alveolar sem seccionamento dental
Dentística	adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e III

Perfil II

Periodontia	tratamento de gengivite técnica de controle de placa polimento coronário tratamento de doença periodontal P2 - moderada
Cirurgia	Exodontia simples via alveolar sem seccionamento dental Exodontia simples via alveolar com seccionamento dental
Endodontia	clareamento

	tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré-molares
Dentística	restaurações diretas classes II, IV e V adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e II

Perfil III

Periodontia	tratamento de doença periodontal P2 - moderada tratamento de gengivite tratamento de doença periodontal P1 – leve
Cirurgia	Exodontia simples via alveolar sem exodontia via alveolar com seccionamento dental Exodontia via não alveolar (alveolotomia parcial ou total)
Endodontia	tratamento endodôntico de molares clareamento tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré-molares
Dentística	reconstruções morfológicas diretas (núcleos diretos). Reconstruções atípicas e complexas Clareamento de dentes vitais e não vitais restaurações diretas classes II, IV e V adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e II

Perfil IV

Periodontia	tratamento de doença periodontal P3 – avançada. Tratamento de doença periodontal P4 – terminal tratamento de doença periodontal P2 – moderada tratamento de gengivite tratamento de doença periodontal P1 – leve
Cirurgia	exodontia cirurgia com finalidade protética cirurgia de dentes inclusos cirurgia com finalidade ortodôntica cirurgia parendodôntica cirurgia de cistos e tumores benignos maxilo faciais e biópsia
Endodontia	tratamento endodôntico de molares Clareamento tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré- molares
Dentística	restaurações intra radiculares, núcleos fundidos, restaurações indiretas unitárias Reconstruções morfológicas diretas (núcleos diretos). Reconstruções atípicas e complexas. Clareamento de dentes vitais e não vitais restaurações diretas classes II, IV e V adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e II

Perfil V

Periodontia	tratamento de doença periodontal P3 – avançada. Tratamento de doença periodontal P4 – terminal tratamento de doença periodontal P2 – moderada tratamento de gengivite tratamento de doença periodontal P1 – leve
Cirurgia	cirurgia com finalidade protética. Cirurgia de dentes inclusos. Cirurgia com finalidade ortodôntica. Cirurgia parendodôntica. Cirurgia de cistos e tumores benignos maxilo faciais e biópsia exodontia
Endodontia	tratamento endodôntico de molares Clareamento tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré-molares
Dentística	restaurações intra radiculares, núcleos fundidos, restaurações indiretas unitárias Reconstruções morfológicas diretas (núcleos diretos). Reconstruções atípicas e complexas. Clareamento de dentes vitais e não vitais restaurações diretas classes II, IV e V adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e II
Prótese	PPR ou PT + PPR ou PPR + PPR

Perfil VI

Periodontia	Tratamento de doença periodontal P3 – avançada. Tratamento de doença periodontal P4 – terminal, cirurgia de finalidade protética, cirurgia regenerativa, tratamento de lesões de bifurcações Tratamento de doença periodontal P2 – moderada tratamento de gengivite tratamento de doença periodontal P1 – leve
Cirurgia	transplante dental, cirurgia parodontológica em dentes unirradiculares e multirradiculares, incluso III, posição C cirurgia com finalidade protética. Cirurgia de dentes inclusos. Cirurgia com finalidade ortodôntica. Cirurgia parodontológica. Cirurgia de cistos e tumores benignos maxilo faciais e biópsia Exodontia
Endodontia	tratamento endodôntico de molares Clareamento tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré-molares
Dentística	restaurações intra radiculares, núcleos fundidos, restaurações indiretas unitárias Reconstruções morfológicas diretas (núcleos diretos). Reconstruções atípicas e complexas. Clareamento de

	dentes vitais e não vitais restaurações diretas classes II, IV e V adequação para tratamento restaurador restaurações diretas classes I e II
--	---

Perfil VII

Perfil VIII (ESPECIALIZAÇÃO)

1. Periodontia
2. Dentística
3. Cirurgia
4. Endodontia
5. Prótese
6. Odontologia Infantil

Perfil IX

Prótese	Prótese total dupla
---------	---------------------

ANEXO 02

FICHA PARA COLETA DE DADOS – SEMIOLOGIA-TRIAGEM

Nome: _____ Nº _____ Triagem ____/____/____

Endereço: _____, Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tempo que reside na cidade: _____ Fone: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade ()

Sexo: M(), F() Cor: B(), N(), A(), O()

Grau de instrução: analfabeto (), 1º grau incompl.(), 1º grau compl. (),
2º grau incompl.(), 2º grau compl.(), 3º grau incompl.(), 3º grau compl. ()

Necessidades de tratamento de acordo com a área clínica:

Cirurgia:

Ex1 exodontia via alveolar: Nº dos dentes: _____ ()

Ex2 exodontia via alveolar não-alveolar: Nº dos dentes: _____ ()

Fp finalidade protética _____ ()

Exi exodontia de incluso: Nº dos dentes: _____ ()

Periodontia:

G - gengivite, controle de placa, polimento coronário _____ ()

RC - raspagem cálculo supra-gengival _____ ()

P1 - periodontite leve _____ ()

P2 - periodontite moderada _____ ()

P3 - periodontite avançada ☐

P4 - cirurgia regenerativa ☐

Rt - cirurgia de tecido mole ☐

Ost - cirurgia ósseas (osteotomia, osteoplastia) ☐

Fp - finalidade protética ☐

F - lesão de furca ☐

Dentística:

Rdireta classe I: N° dos dentes: _____ ☐

Rdireta classe II: N° dos dentes: _____ ☐

Rdireta classe III: N° dos dentes: _____ ☐

Rdireta classe IV: N° dos dentes: _____ ☐

Rdireta classe V: N° dos dentes: _____ ☐

Rindireta CA (coroa anterior): N° dos dentes: _____ ☐

Rindireta CP (coroa posterior): N° dos dentes: _____ ☐

Rindireta RMF (rest. metálica fundida): N° dos dentes: _____ ☐

At restauração atípica ou complexa: N° dos dentes: _____ ☐

Nu núcleo fundido: N° dos dentes: _____ ☐

Rir restauração intra-radicular: N° dos dentes: _____ ☐

Endodontia:

Te1 - tratam. endod. monorradicular: N° dos dentes: _____ ()

Te2 - tratam. endod. birradicular: N° dos dentes: _____ ()

Te3 - tratam. endod. multirradicular: N° dos dentes: _____ ()

CL - clareamento dental: N° dos dentes: _____ ()

Prótese:

PPR1 - prótese parcial removível monomaxilar S () K ()

I () K ()

PPR2 - prótese parcial removível dupla S () K ()

I () K ()

PT1 - prótese total monomaxilar S () I ()

N° de PT: _____

PT2 - prótese total dupla: N° de PT: _____ ()

PF - prótese fixa: N° de elementos: _____ ()

Dentes ausentes: _____

ANEXO 03

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS (RX PANORÂMICO)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 01- área radiolúcida na coroa /raiz
- 02- aumento do espaço pericementário
- 03- dente incluído/semi-incluído
- 04- apinhamento
- 05- giroversão $\frac{1}{4}$ (); $\frac{2}{4}$; (); $\frac{3}{4}$ (); $\frac{4}{4}$ ()
- 06- alvéolo, extração recente
- 07- dente supranumerário
- 08- calcificação em tecido mole
- 09- reabsorção dental
- 10- hipercementose
- 11- osteoesclerose
- 12- cisto mucoso do seio maxilar
- 13- velamento sinusal
- 14- aspecto radiográfico tumoral
- 15- corpo estranho metálico/não metálico

16- obturação e canal com excesso/falta

17- anomalia dental de forma/tamanho

18- radiolucência periapical

19- processo estilóide alongado (30mm) D () E () / S () N ()

20- outros (especifique): _____

21- outros (especifique): _____

22- outros (especifique): _____

23- outros (especifique): _____