

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SANDRA CRISTINA GUIMARAES BAHIA REIS

**Perfil, produtividade e eficiência em Clínica Integrada de ensino
odontológico**

**Goiânia
2011**

SANDRA CRISTINA GUIMARAES BAHIA REIS

**Perfil, produtividade e eficiência em Clínica Integrada de
ensino odontológico**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Goiás para obtenção
do Título Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof Dr Cláudio R.Leles

**Goiânia
2011**

R375p Reis, Sandra Cristina Guimarães Bahia.
 Perfil, produtividade e eficiência em Clínica Integrada
de ensino odontológico / Sandra Cristina Guimarães Bahia
Reis. – 2011.
 124 f. : il., mapas, tabs.

 Bibliografia: f. 92-98
 Tese (doutorado) – Universidade Federal de Goiás,,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2011.
 “Orientador: Prof. Dr. Cláudio R. Leles”.

 1. Odontologia. 2. Clínica-Escola – produtividade -
eficiência. 3. Universidade Federal de Goiás – Faculdade de
Odontologia - Clínica Integrada - paciente – perfil – estudo.
4. Clínica integrada – odontologia – disciplina – diretrizes
curriculares nacionais – reflexão. I. Leles, Cláudio R. II.
Universidade Federal de Goiás. III. Título.

 CDU: 616.314-052(817.3)(043.2)
 378.096

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno(a): SANDRA CRISTINA GUIMARAES BAHIA REIS

Orientador(a): Dr. CLÁUDIO RODRIGUES LELES

Membros:

1. Cláudio Rodrigues Leles

2. Nilce Santos de Melo

3. Terezinha de Jesus Esteves Barata

4. Rejane Faria Ribeiro - Rotta

5. Nelson Bezerra Barbosa

OU

6. Maria de Fátima Nunes

7. Wilton Wilney M. Padilha

Data: 26/04/2011

***Dedido este trabalho ao meu
querido Ruy , que tem me possibilitado
cuidado e tempo para mais esse desafio.***

AGRADECIMENTOS

A finalização de um trabalho nunca é o produto de uma só pessoa, por maior que seja sua dedicação e esforço. A colaboração de várias pessoas especiais é o que o torna possível. Por isso tenho muito a agradecer:

A Deus que tem me orientado e proporcionado a finalização de mais uma etapa na construção do conhecimento.

Ao Professor Doutor Cláudio Rodrigues Leles, meu orientador, que disponibilizou um tempo precioso para nossas conversas presenciais e on line. Obrigada por ter sido paciente com minhas incertezas e estar sempre motivado.

A minha família, minha âncora, que dia após dia estimulou, esperou e fortaleceu.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Aos coordenadores Dr Celmo Celeno Porto e Paulo da Veiga Jardim, às secretárias Valdecina e Raquel pelo empenho e presteza nas minhas solicitações.

A Simone Machado de Oliveira Batista, Gerente da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde, que me proporcionou tempo para que eu pudesse realizar meus afazeres acadêmicos.

SUMÁRIO

QUADROS, FIGURAS, ANEXOS E APÊNDICES	vii
SIGLAS	viii
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	26
3 MÉTODOS	27
4 PUBLICAÇÕES	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
6 REFERÊNCIAS	90
7 ANEXOS	97
8 APÊNDICES	116

QUADROS , FIGURAS, ANEXOS E APÊNDICES

Quadro 1	Estudos abordando a Clínica Integrada
Figura 1	População de estudo. Prontuários das Clínicas Integradas I e II nos anos de 2004 a 2009, Faculdade de Odontologia da UFG, 2010
Figura 2	Escala de Thurstone e Chave adaptada.
Anexo 1	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa
Anexo 2	Tabela de Valores e Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão de Convênios e Credenciamento da Associação Brasileira de Odontologia, 2008
Anexo 3	Normas de publicação da Revista Odontológica do Brasil Central
Anexo 4	Normas de publicação da Revista Education Research International
Anexo 5	Normas de publicação da Revista História, ciência e saúde.Manguinhos
Apêndice 1	Formulário de coleta de dados
Apêndice 2	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Apêndice 3	Carta explicativa para a aplicação da Escala de Thurstone

SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ALAFO	Associação Latino Americana de Faculdades de Odontologia
CI	Clínica integrada
CCEP	Colegiado Coordenador de Ensino e Pesquisa
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia
ENDFO	Encontro de Dirigentes de Faculdades de Odontologia
EUA	Estados Unidos da América
FO	Faculdade de Odontologia
FO/FURB	Faculdade de Odontologia da Fundação Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina
FO/UFPB	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba
FO/UFG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás
FO/UFGM	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
FO/UFUBE	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
FO/UNIP/SP	Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan americana de saúde

ROBRAC	Revista Odontológica do Centro Oeste
SEAP	Serviço de Atendimento ao Público
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMC	Universidade Estadual de Montes Claros
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
VRPO	Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo identificar o perfil dos pacientes, a produtividade e eficiência da Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG), além de fazer uma reflexão sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Odontologia e a disciplina de Clínica Integrada. Fez-se um estudo bibliográfico e de campo retrospectivo em todos os prontuários dos pacientes agendados para a disciplina de Clínica Integrada (CI) nos anos de 2004 a 2009. Encontrou-se 1406 pacientes agendados. No entanto, 754 foram excluídos, por não estarem dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. A amostra finalizou com 652 prontuários. Utilizou-se para a coleta dos dados um formulário. Três pesquisadores padronizados participaram da coleta. As variáveis pesquisadas foram aspectos sociodemográficos dos pacientes, plano de tratamento, data de início, de conclusão e tempo de duração do tratamento, quantidade, tipos e complexidade dos procedimentos odontológicos realizados e situação do tratamento. Análises descritivas e inferenciais, correlação de Spearman's, one way Anova, Kaplan-Meier e Regressão de Cox foram realizadas. A disciplina de CI foi incorporada nos currículos brasileiros na década de 70 e se apresenta de maneira diversa em cada uma das faculdades. A idade média dos pacientes da CI da FO/UFG foi de 40,9 anos (dp=14,4), 67,8% mulheres, 50,4% casados/com companheiro, 40,3% trabalhadores em sua maioria autônomos e 20,8% das mulheres, do lar. Do total dos pacientes atendidos 71,5% eram residentes na capital do estado. A disciplina mais realizada foi a dentística (32,6%) seguida da periodontia (25,2%). A maioria dos pacientes está em tratamento, sendo que 253 pacientes (38,8%) concluíram o tratamento odontológico. A complexidade do caso clínico foi o fator influenciador no tempo de duração do tratamento, com a correlação mediana ($r=0.60$; $p<0.001$). O tempo estimado para a conclusão de todos os tratamentos foi de 23 meses (95%CI=19.6-26.3) e foi significativamente diferente ($p<0.001$) nos diversos níveis de complexidade (baixo 13.0, intermediário 19.0, alto 47.0). Os resultados indicam que são realizados na Clínica Integrada os procedimentos característicos da prática generalista, os pacientes atendidos são em sua maioria empregados e autônomos. A complexidade do caso clínico influencia na eficiência da Clínica Integrada.

Palavras Chave: Clínica de Ensino; Odontologia; Documentação

ABSTRACT

This study aimed to analyze the productivity and efficiency of the Comprehensive Dental Care (CDC) of Faculty of Dentistry of Universidade Federal de Goiás and discuss about the Brazilian Curriculum Guidelines in Dentistry and the comprehensive dental care course. It was a retrospective study of all medical records of patients scheduled for the discipline of CDC from 2004 to 2009. It was found 1406 patients scheduled. However, 754 were excluded because they are not within the criteria for inclusion in the research. The sample ended with 652 records. It was used for data collection form. Three researchers participated in the standardized collection. The variables studied were sociodemographic characteristics of patients, treatment plan, start date, completion and duration of treatment, amount, type and complexity of dental procedures performed and treatment situation. Descriptive and inferential analysis, Spearman's correlation, one way Anova, Kaplan-Meier and Cox regression were performed. The CDC was created in Brazil in decade 70. The mean age was 40.9 years (SD = 14.4), 67.8% women, 50.4% married / living with a partner, 40.3% self-employed workers mostly women and 20.8% home. Of the patients treated 71.5% were residents in the state capital. The discipline was the most performed dentistry (32.6%) followed by periodontology (25.2%). Most patients are in treatment, and 253 patients (38.8%) completed their dental treatment. The complexity of clinical case was the factor that influences the duration of treatment, with the median correlation ($r = 0.60$, $p < 0.001$). The estimated time for completion of all treatments was 23 months (95% CI = 19.6-26.3) and was significantly different ($p < 0.001$) at different levels of complexity (low 13.0, intermediate 19.0, high 47.0). The results indicate that they are made in the integrated clinic procedures characteristic of general practice. Patients treated are mostly employees and freelancers. The complexity of clinical case influences the efficiency of the CDC.

Key Words: Medical records; Dental Clinic; Dentistry

1 INTRODUÇÃO

A prática da odontologia iniciou-se de maneira artesanal e a partir das necessidades da sociedade estabelece-se como campo específico de atuação e como profissão. A Europa foi o berço da Odontologia científica com Pierre Fauchard, que publicou o livro, “O cirurgião- dentista: Um tratado sobre os dentes”, em 1728. Essa obra é considerada um marco na odontologia moderna por ter propiciado a separação da odontologia como campo independente de atuação (NOVAES 1998, SILVA; SALES – PERES; ALMEIDA et al 2007).

O ensino acadêmico para a formação do cirurgião dentista iniciou-se com a criação da primeira escola de Odontologia, em Baltimore, Maryland nos Estados Unidos em 1840(ROSENBLAT; SILVA; CALDAS JUNIOR, 2001).

A formação superior para o cirurgião dentista no Brasil iniciou nas Faculdades do Rio de Janeiro e na Bahia em 1884 (ROSENBLAT; SILVA; CALDAS JUNIOR, 2001). O currículo era composto pelas matérias de física elementar, química mineral elementar, anatomia descritiva da cabeça, histologia dentária, fisiologia dentária, patologia dentária, terapêutica dentária, medicina operatória e cirurgia dentária (ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 2010).

Em (1910) o ensino na área médica e, por conseguinte, na área da saúde teve um grande marco, o Relatório Flexner, que ocasionou mudanças nos processos de formação. Posteriormente em 1926, o Relatório Gies veio com o foco na odontologia. Esse Relatório e sua operacionalização proporcionaram repercussões na formação odontológica. A determinação de uma carga horária mínima, a independência da formação do dentista, antes atrelada à formação médica e a equivalência intelectual entre essas duas profissões foram algumas das consequências desse documento

(DONOFF, 2006). A organização das universidades em departamentos, a centralidade do ensino na doença, com a unicausalidade biológica, a fragmentação do conhecimento em disciplinas, os currículos divididos em dois ciclos; o básico e o profissionalizante foram algumas das características resultantes na educação na saúde, desses relatórios (CASOTI, 2010, FIELDS, 1995, MENEZES; LORETTO, 2006, QUEIROZ, 2006, TEDESCO, 1995).

Até a década de 50, o modelo formador e os currículos sob a égide dos Relatórios Flexner e Gies sofreram poucas alterações na sua estrutura. No entanto, críticas a esse modelo começaram a surgir no meio acadêmico e em encontros de especialistas. Nos EUA, uma combinação de forças é citada como motivadora de mudanças nos currículos, tais como as demandas sociais para a acessibilidade e aceitabilidade ao tratamento odontológico vigente, a explosão do conhecimento na área e os avanços tecnológicos, ativismo estudantil, fatores econômicos relacionados aos custos das Faculdades e as críticas das organizações profissionais (TEDESCO, 1995).

Já na América Latina, o descompasso entre a formação e o perfil epidemiológico da população, as influências de organizações nacionais e internacionais, que aproximaram a formação brasileira do modelo americano são apontadas como fatores influenciadores de mudanças nos currículos. A partir dessa época propostas curriculares inovadoras e um novo paradigma de educação odontológica começaram a serem discutidos e experimentados (CHAVES, 1982, CHAVES, 1986, CHAVES; CUTHBERT, 2003, CARVALHO, 2006, CASOTTI, 2009, FORMICOLA, 1991, QUEIROZ, 2006, ROSENBLAT; SILVA; CALDAS JÚNIOR, 2001).

A Faculdade de Odontologia da Universidade de Antioquia, México (1954) resolveu incluir no seu currículo a disciplina de "Clínica Integral". A intenção dessa nova disciplina foi sanar dificuldades encontradas e descritas pelos egressos na formulação de planos de tratamento integrais de seus pacientes. Esta nova disciplina associou em uma única clínica de ensino diversas especialidades e professores e instituiu a responsabilização do aluno em executar todas as fases do tratamento odontológico do

paciente (BOTERO, 1963). A essa faculdade é creditada a criação do sistema de Clínica Integrada (LEMOS 2004).

Formicola (1991) relata o “movimento socialmente sensível” que aconteceu na educação odontológica nos EUA na década de 60. Esse movimento ocasionou revisões e mudanças nos currículos com a inclusão de novos conteúdos (prevenção, ciências do comportamento, ética, responsabilidade social) e a implantação do cuidado integral dos pacientes.

Jonhson (1999) cita que a idéia de clínicas de ensino multidisciplinar e em consequência, o atendimento odontológico integral ao paciente começou a ser discutido nos Estados Unidos (EUA) em 1962, a partir da Conferência sobre Currículos dos Cursos de Odontologia realizada na Universidade do Kentucky, EUA.

Padilha (2002) destaca com base em revisões bibliográficas, que a origem da CI é devida a especialização precoce observada nas graduações, isso é, a escolha antecipada, por parte dos alunos, de campos de atuação específicos antes da conclusão do curso.

Holmes et al (2002) citam três conferências nos EUA abordando o ensino integrado e multidisciplinar em clinicas de ensino odontológicas, EUA, nos anos de 1969 e 1975 na Universidade de Carolina do Norte e em 1983 na Universidade de Iowa. O Relatório da última conferência apresentou, dentre seus diversos tópicos, que o ensino odontológico desenvolvido conflitava com as reais necessidades dos pacientes, pois enfatizava a obtenção de competências para a realização de procedimentos individuais tais como restaurações e próteses, no interesse educacional do aluno, mas não se ensinava ao estudante como praticar uma odontologia ética e em benefício do paciente.

A Universidade da Carolina do Norte, EUA foi considerada a primeira faculdade americana a implantar o sistema de clínicas de ensino que disponibilizava o cuidado

integral ao paciente, e era estruturada de maneira multidisciplinar, em 1969 (EVANGELIDIS-SAKELLSON, 1999, SHUGARS, 1984).

Na América Latina realizaram-se três seminários sobre “La enseñanza de La odontologia” organizados pela Organização Panamericana de Saúde e Associação Latino – americana de Faculdades de Odontologia (ALAFOD) nos anos de 1962, 1964 e 1966. O relatório do primeiro seminário apresentou a recomendação da criação de clínicas de ensino integrais com a participação de docentes de diferentes especialidades e disciplinas. Essa clínica seria a integradora dos conhecimentos das ciências básicas com as profissionalizantes (CASOTTI, 2009, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 1963, 1965, 1968, QUEIROZ, 2009).

No Brasil, a inquietação com a formação odontológica se verifica também nesta época. A insatisfação de educadores com os resultados obtidos na formação, a elitização do ensino, que procurava atender as demandas de uma população restrita, a fragmentação do ensino, a quase inexistência de integração entre as matérias básicas e profissionalizantes nos currículos e a observação de experiências inovadoras em outros países trouxe ao país o incentivo a novas propostas de formação (QUEIROZ, 2006, VIEIRA, 1974).

Em (1962) na IV Reunião da Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico, organização essa criada em 1956, atualmente designada de Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) surgiu formalmente a preocupação com o denominado “ensino integrado”. O relatório dessa reunião recomendou a integração de conhecimentos e disciplinas na formação do cirurgião dentista (QUEIROZ, 2006) e advogou a criação de um complemento obrigatório no final do curso, o “estágio em policlínica” – como recurso a integração das diversas disciplinas (CASOTTI, 2009). No entanto, Queiroz, 2006 aponta que o currículo aprovado após essa reunião não incorporou essas recomendações da ABENO, mas possibilitou a abertura das discussões sobre uma nova organização dos cursos e a criação da

“Comissão de Planejamento de Formação de Odontólogos” no Ministério de Educação e Cultura, em 1964.

A partir dessa Comissão surgiu o “Plano Piloto de Ensino Integrado” com sede na Faculdade de Odontologia de Diamantina como uma proposta inovadora nos currículos odontológicos. O designado Projeto desenvolveu-se na forma de um plano de curso de ensino integrado em todos os estágios da graduação. Essa iniciativa aconteceu entre os anos de 1965 a 1969 e formou apenas uma turma de alunos e não teve continuidade, por problemas financeiros (MENEZES; LORETTO, 2008, QUEIROZ, 2006, VIEIRA, 1974). Essa foi uma proposta mais ampla, que organizou o currículo a partir de temas e áreas e não por disciplinas e matérias básicas e profissionalizantes.

É importante resgatar a presença da disciplina de Clínica Odontológica presente em alguns dos currículos brasileiros, desde 1915, quando esses cursos eram feitos em três anos. Ela aglutinou as disciplinas de dentística, endodontia e periodontia em uma única matéria. No entanto, o tempo destinado a ela não foi suficiente para que a doutrina da integração multidisciplinar acontecesse e com a posterior separação dessas matérias, em disciplinas independentes, nos currículos subsequentes, a integração no ensino não obteve êxito (VIEIRA, 1974).

A presença de clínicas integradas de ensino (CI) foi oficialmente introduzida no currículo brasileiro na forma de estágios em 1970 com o Parecer nº840/70 do Ministério da Educação e Cultura e recebeu a denominação de “Estágio em Policlínica”. Esse estágio poderia ser desenvolvido intra e extra instituição. (BARRETO et al, 2009, VARGAS; VASCONCELOS, 1998). O objetivo dessa nova disciplina foi desenvolver nos alunos o exercício clínico e de possibilitar uma formação generalista (BRASIL, 1982). Esse complemento a formação desenvolvia-se no último ano e agregava algumas disciplinas.

O conceito de disciplina é dado a um conjunto de estudos e atividades que corresponde a um subcampo de uma matéria (PILETTI, 1991). Aiub (2006) coloca o conceito de disciplina e matéria como sinônimas e descreve-as como um tipo de saber

específico, com conhecimentos e métodos próprios de apreensão e um corpo de conhecimento constituído. Nesse trabalho utilizaremos os dois conceitos como o citado por Aiub (2006). Já estágio supervisionado é o ato educativo supervisionado que visa ao aprendizado de atividades próprias da atividade profissional (BRASIL, 2008). Werner (2006) cita que o estágio supervisionado é um instrumento de integração e reflexão do aluno com a realidade socioeconômica e cultural da região a partir da realidade da sua profissão. Essa atividade educativa pode ser realizada intra e extramuros.

Padilha (1998 apud I^o ENDFO, 1974, p.8) cita o 1^o. Encontro de Dirigentes de Faculdades de Odontologia (ENDFO) realizada em 1973, a CI foi o tema oficial, nesta reunião. Um grupo de trabalho sobre a CI foi formulado e algumas recomendações foram elaboradas:

A Clínica Integrada é o adestramento técnico-científico do aluno procurando estabelecer um modelo de conduta e de atividades, semelhante ao exercício profissional em ambiente real de trabalho.

A duração mínima recomendável é de 225 horas/aluno.

A Clínica Integrada deverá desenvolver-se durante o último semestre letivo, de forma isolada e não progressiva.

Na Clínica Integrada o aluno deverá realizar tarefas pertinentes aos conhecimentos adquiridos em: diagnóstico bucal, radiologia, periodontia, cirurgia, endodontia, dentística e prótese, observados os princípios da Economia e da Ética Profissionais.

Da Clínica Integrada participarão docentes indicados pelos Departamentos, sob a supervisão de um professor escolhido por órgão competente.

As atividades de Clínica Integrada deverão ser realizadas sempre no mesmo ambiente de trabalho.

A qualificação dos pacientes para a Clínica Integrada será feita pelo setor responsável pela triagem.

A avaliação do aluno na Clínica Integrada deverá ser feita através de frequência e dos conceitos emitidos pelos docentes, durante a execução das várias fases das tarefas.

Respeitadas as especificidades do item 1, poderão ser computadas como de Clínica Integrada, as atividades extramuros, desde que não incluídas na carga horária mínima fixada no item 2.

A ABENO sua XV Reunião, realizada em Fortaleza em 1978 adotou a CI como tema oficial. O relatório produzido continha quatro recomendações:

A Clínica Integrada é um sistema educacional através do qual o processo

ensino-aprendizagem, desenvolvido sob a forma de disciplina, objetiva treinar o aluno para integrar conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso, de modo a proporcionar ao paciente o atendimento global das necessidades evidenciadas. Conceitualmente deve estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento, com vistas a preservar a integridade da saúde bucal.

A clínica Integrada é considerada imprescindível à complementação da preparação do profissional cirurgião-dentista, devendo, portanto, existir no currículo odontológico como disciplina.

O corpo docente da Clínica Integrada deve ser fixo, atuando por período determinado de funcionamento da Clínica visando a saúde do paciente, como um todo.

A homogeneidade do corpo docente da Clínica Integrada será obtida pela existência de professor universitário consciente das necessidades de integração das diversas áreas do currículo odontológico, dentro do contexto global ensino-aprendizagem; tal fato só será conseguido mediante uma mudança de ATITUDE, em relação à situação atual (PADILHA, 1998 (Apud XV Reunião - ABENO, 1978. p.2).

A implantação da CI nas faculdades brasileiras se deu de maneira diferenciada. Tabacoff (1977) em um estudo sobre os currículos odontológicos nacionais encontrou que a estruturação dessa nova disciplina se deu de maneira diversa. Ela foi implantada em 7 faculdades, das 59 pesquisadas, localizava-se em diferentes semestres da graduação e a carga horária variou de 120h a 480 horas.

Padilha (2002) cita que a inclusão da disciplina de CI nos currículos odontológicos brasileiros foi fora do padrão normal. O autor pontua que usualmente a criação de novas disciplinas nas graduações vem como consequência de práticas consolidadas na profissão e com grande aceitação no mercado de trabalho, o que não foi o observado nessa disciplina. Carvalho (2006) acrescenta ainda que a criação da CI no Brasil gerou intensas discussões, pois essa disciplina rompia com o status vigente nas cátedras e departamentos acadêmicos, estabelecia o cuidado integral do paciente por um mesmo aluno e gerava o compartilhamento do conhecimento, por parte dos professores e, por conseguinte da identidade individual das disciplinas já estabelecidas, o que gerou desconforto no meio acadêmico.

Tedesco (1995) cita que a filosofia da CI é o cuidado integral do paciente odontológico e que a organização da disciplina deve ser permeada por esse pressuposto.

Tiedmann, Linhares e Silveira (2005, p.55.) citam que a CI

[...] reproduz o mesmo conjunto de variáveis social e culturalmente determinadas da relação paciente-profissional configurando-se como relevante espaço de reflexão e aprendizado da prática profissional.

Esses autores colocam a CI, no âmbito da academia como apta a ser semelhante ao verdadeiro campo de trabalho do cirurgião dentista, o que é contestado por alguns autores (QUEIROZ, 2006).

A implantação da disciplina de CI no Brasil é relatada primeiramente no currículo da Faculdade de Uberlândia, Minas Gerais, em 1973. A CI localizava-se do 5º semestre ao 8º semestre, com carga horária variável em cada semestre e com uma graduação nas competências requeridas dos alunos (VIEIRA, 1974). Nas outras faculdades essa implantação deu-se posteriormente na forma de estágio ou disciplina, com cargas horárias diferenciadas e localização variada dentro do currículo (PADILHA, 1995, TABACOFF, 1977).

1.1- Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UFG

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG) foi fundada em 12 de outubro de 1945 como *Faculdade de Farmácia e Odontologia de Goiás*, como entidade privada e autorizada a funcionar em 12 de dezembro de 1947 através do Decreto 24.231 de 18/12/1947. Em 14 de dezembro de 1960, foi incorporada à Universidade Federal de Goiás, regulamentada através da Lei nº 3.834-C, separando-se da Faculdade de Farmácia pela Lei 5.207 de janeiro de 1967 (FREIRE, 1994).

O primeiro currículo ministrado na FO/UFG foi o determinado pelo Decreto de 19.851 de 1931, do Governo Federal, que fixava o curso com a duração de 3 anos e as disciplinas que o compunham no primeiro ano do curso foram: anatomia, fisiologia, histologia, microbiologia, metalurgia e química aplicada. No segundo ano, clínica odontológica (1ª. cadeira), higiene e odontologia legal, prótese dentária e técnica odontológica. No último ano tinha-se a clínica odontológica (2ª. cadeira) patologia e terapêutica aplicadas, prótese buco-facial, ortodontia e odontopediatria (FREIRE, 1994).

Um novo currículo foi estabelecido na FO/UFG a partir da Resolução do Colegiado de Cursos s/nº da FO/UFG de 1972, que seguia o Parecer 840/70 de 1970 do Conselho Federal de Educação (FREIRE, 1994). Em 1984, outro currículo foi implantado, através da Resolução do Colegiado Coordenador de Ensino e Pesquisa (CCEP) nº 215, de 1984, como produto do Parecer 370/1982 do Ministério da Educação e Cultura. A disciplina CI aparece na grade curricular no 5º ano na forma de estágio supervisionado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 1984, FREIRE, 1994). A partir da Resolução CCEP nº337 de 25 de março de 1992. A disciplina de CI aparece como uma das disciplinas profissionalizantes e é dividida em etapas I e II. A Clínica Integrada I é cursada na quarta série e tem a carga horária de 192 horas e a etapa II é cursada na quinta série e tem a carga horária de 352 horas. Esta Resolução encontra-se em vigor na FO/UFG até o ano de 2008. A disciplina de Clínica Integrada I tem como disciplinas a Dentística Restauradora, Prótese Clínica (Prótese: Total, Parcial Fixa e Parcial Removível), Semiologia, Radiologia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Oclusão e Materiais Dentários (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 1992a). A Ementa da CI I é composta por:

Filosofia de trabalho racionalizado. Ergonomia aplicada à Clínica Integrada: Atendimento a quatro mãos. Exame Clínico: Material e Instrumental, pessoal auxiliar. Planejamento e execução de casos clínicos: necessidades básicas do paciente e aplicação de meios preventivos gerais. Sequência de procedimentos para o tratamento endodôntico. Tratamento restaurador integrado. Planejamento opcional e ideal. Alívio das condições agudas. Procedimentos básicos periodontais e cirurgias. Tratamento endodôntico. Tratamento restaurador integrado à

Periodontia e Oclusão. Próteses parciais: Fixa e Removível integradas a Periodontia e Oclusão. Prótese Total integrada à oclusão. Conclusão de Tratamento. Avaliação das fases executadas e manutenção dos casos em Clínica Integrada I. Proservação. Atendimento de Emergência (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 1992a, pag.9)

Já a CL II apresenta a Semiologia, Radiologia, Periodontia, Cirurgia, Endodontia, Dentística Restauradora, Prótese Clínica (Prótese Parcial Fixa, Prótese Total e Prótese Parcial Removível), Ortodontia, Oclusão e Materiais Dentários (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 1992 a, b, pag 12). A ementa é:

Controle e reavaliação dos casos concluídos na Clínica Integrada I- pela mesma dupla. Atendimento à quatro mãos. Conclusão dos casos iniciados na Clínica Integrada I.Exame, plano de tratamento e execução de casos clínicos mais complexos. Pequenos movimentos ortodônticos. Sequencia de procedimentos para tratamento integrado. Conclusão do Tratamento. Avaliação das fases executadas e manutenção dos casos em Clínica Integrada II. Proservação. Atendimento de Emergência. Seminários (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS a, b,1992).

O objetivo da FO/UFG é formar o cirurgião - dentista clínico geral, desenvolver sua capacidade para diagnosticar e tratar as enfermidades da boca e estruturas anexas e instrumentalizar os egressos para que atuem como agente de desenvolvimento da comunidade (FACULDADE DE ODONTOLOGIA, 2010). Até o ano de 2009 a CI foi estruturada em CI I e II, sendo desenvolvidas na 4º e 5º série.

A disciplina de CI I e II tem como objetivos integrar as diferentes disciplinas no sentido de propiciar ao aluno a elaboração do diagnóstico, possibilitar ao aluno a execução de planos de tratamento integrados e compatíveis com o contexto cultural e socioeconomico do paciente. Na ementa das disciplinas cita ainda a orientação para o corpo docente de observar a transversalidade interdisciplinar e a ênfase na formação generalista com vistas ao tratamento completo (FACULDADE DE ODONTOLOGIA, 1992). No presente estudo utilizaremos a designação de CI significando as duas CI.

A forma de ingresso do paciente à CI da FO/UFG se dá através do Serviço de Atendimento ao Paciente, gerenciado por uma Assistente Social, por meio de uma lista

de espera. Mas incluem-se também pacientes via emergência, aluno, funcionários e via professor.

Os pacientes agendados para a CI passam por um processo de triagem realizado por um grupo multidisciplinar de professores, que analisam a complexidade do caso e a capacidade dos alunos em resolver e a partir desse referencial os pacientes são selecionados (FACULDADE DE ODONTOLOGIA, 1997). Inicialmente o paciente é encaminhado para as disciplinas de Semiologia/Estomatologia, aonde o primeiro atendimento é realizado por alunos do terceiro e quarta série da graduação e posteriormente é encaminhado para a CI (BARRETO et al, 2009).

A disciplina da CI é desenvolvida no 4º, e 5º. anos da graduação, com a denominação de Clínica Integrada I e Clínica Integrada II , respectivamente. A cada ano letivo são matriculados 60 alunos em cada uma das CI, totalizando 120 alunos. Os pacientes eram agendados para atendimento três vezes por semana, 7 professores acompanham os alunos no dia. Esses professores são especialistas e vinculados aos departamentos, não atuando especificamente na CI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 1992 a,1992b).

1.2.- A Clínica Integrada e suas repercussões

A literatura disponível abordando as repercussões, avaliações e análises da disciplina de CI são restritas.

Padilha et al (1995) ao estudarem o desenvolvimento da CI nas instituições de ensino odontológicas brasileiras concluíram que as CI existentes não satisfazia as diretrizes propostas pela legislação, os conceitos atribuídos a disciplina, os objetivos e a orientação filosófica não eram alcançados pelas faculdades.

Padilha (2002) ao fazer uma análise da CI no Brasil, conclui que essa disciplina não cumpre com os objetivos educativos propostos, visto que os alunos saem das

faculdades com grandes dificuldades em serem generalistas, pois já são quase especialistas ao se graduarem. O autor cita que a CI é uma disciplina na contra mão do mercado de trabalho, é inviável, pois existe uma grande lacuna entre o falar e o fazer, mas aponta, no entanto, que a CI é um espaço acadêmico privilegiado, pois congrega em um mesmo espaço toda a prática odontológica. A justificativa dada pelo autor para essa análise de dá em razão da CI ser uma única disciplina a contrapor as expectativas do mercado de trabalho, que valoriza o especialista e a densidade tecnológica e do próprio setor de ensino que é estruturado de maneira fragmentada, em especialidades.

Já Ranali e Lombardo (2006) citam que a reestruturação da Faculdade de Piracicaba da Universidade de Campinas – SP, em 2001, teve como ponto de referência a CI e sua proposta multidisciplinar. A nomenclatura utilizada para quatro clínicas de ensino multidisciplinares é Clínica Odontológica Integrada. No entanto, o autor cita o descompasso entre a estrutura curricular construída, que privilegia a integração e o processo de ensino e o de fato realizado. Muitos docentes não demonstram o interesse em incluir na sua prática docente o ensino integrado. Isso se dá, segundo os autores, em decorrência das questões políticas ligada ao poder que a especialidade oferece e a valorização da pós-graduação, que requer pesquisas e produção científica.

Barreto et al (2009) citam a grande variação encontrada na literatura quanto aos objetivos, conteúdos e carga horária dedicada a essa disciplina nas faculdades, o que dificulta comparações entre as CI.

1.3.-Eficiência e produtividade em clínicas de ensino.

O conceito básico de produtividade provém da área da economia, e significa a relação entre o recurso dispendido e os resultados alcançados, se atendo aos aspectos quantitativos de medir produtos materiais (DAL POZ; PIERANTONIO; VARELLA, 1997). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1991), a produtividade em saúde é a relação quantitativa e qualitativa entre os recursos (força de trabalho, recursos

tecnológicos e insumos) dispendidos para se obter os objetivos traçados pela instituição ou organização.

A produtividade nesse estudo será considerada a mensuração dos procedimentos odontológicos realizados e o número de tratamentos odontológicos concluídos ou completados. Não se incluiu, no entanto, a razão entre os recursos dispendidos e os resultados alcançados.

A eficiência de um serviço de saúde é o atendimento das necessidades dos pacientes que o buscam, com a execução de atos eficazes e satisfatórios ao paciente em tempo ótimo (CAMPOS, 1989). Fekete (2000) cita que a eficiência é um dos aspectos agregados a qualidade na prestação do cuidado à saúde.

Rouquayrol e Almeida (2003) conceituam eficiência como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada ação.

Grabois (2010) aponta que o tratamento eficiente é aquele em que os recursos disponíveis são utilizados plenamente para a obtenção da resolução das necessidades do paciente.

Dal Pozo, Pierantonio e Varella (1997) afirmam que a produtividade de um serviço de saúde interfere na eficiência desse serviço. Sendo aspectos que se correlacionam.

Para Fields (1995) que aborda o conceito de eficiência no contexto da educação odontológica, cita que no atendimento odontológico em clínicas de ensino, a eficiência é a finalização do tratamento em um tempo adequado e com o menor número de consultas. Esse é o conceito de eficiência que utilizaremos no presente estudo.

Ávila et al (2010) citam que o ensino odontológico e o serviço de saúde prestado pela Universidade deve ser analisado permanentemente. O atendimento clínico aos usuários deve responder às necessidades de formação e treinamento, com ética e suprir as necessidades de saúde e as demandas dos usuários.

O acompanhamento das clínicas de ensino da FO/UFG é realizado anualmente com objetivos gerenciais, pelo Serviço de Atendimento ao Público. Os relatórios apresentam o número de pacientes agendados para cada clínica de ensino, o número de pacientes que completaram o tratamento e os que deverão ser agendados novamente. Os dados dos pacientes que concluíram o tratamento são genéricos e não específicos. Eles se baseiam na característica de cada clínica, sendo que algumas se organizam para ter apenas um atendimento (Semiologia). O paciente é contabilizado como concluído na disciplina que realizou o último atendimento e não especifica os atendimentos realizados unicamente na CI.

Em razão disso, o conhecimento da produtividade e da eficiência da CI se faz necessário, considerando os pacientes que tiveram o atendimento inicial e final nessa clínica e não foram referenciados por e para outras disciplinas. O conhecimento da produtividade e eficiência da CI pode proporcionar informações que auxiliarão no planejamento e organização dessa clínica.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar o perfil, produtividade e eficiência da Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás nos anos de 2004 a 2009 e fazer uma reflexão entre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia e a disciplina de Clínica Integrada.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes atendidos nas Clínicas Integradas;
- Descrever os tipos de procedimentos realizados, a produtividade clínica e a eficiência da Clínica Integrada;
- Identificar os fatores que influenciam na eficiência da Clínica Integrada.
- Analisar as interfaces entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia e a disciplina de Clínica Integrada.

3 MÉTODO(S)

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizada uma revisão bibliográfica e documental da literatura pertinente a CI bem como estudo retrospectivo mediante a análise de prontuários de duas clínicas de ensino, intituladas Clínica Integrada I e II da Faculdade de Odontologia da UFG na cidade de Goiânia- Goiás.

3.1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL

Foi executada também a busca ativa em bibliotecas e na coordenação pedagógica da FO/UFG. A busca eletrônica foi feita nas bases de dados Medline, ERIC, Bireme e Capes. Utilizaram-se os descritores: Clínica de Ensino Odontológico; Clínica Integrada Odontológica; Atendimento Integral; Currículos Odontológicos; Documentação Médica; Prontuários Odontológicos. Fizeram parte do estudo os artigos, monografias, dissertações e teses encontrados sem restrição de período de tempo e livros e relatórios de encontros científicos ligados a formação do cirurgião dentista.

A análise documental incluiu as Resoluções da FO/UFG, Pareceres do Ministério da Educação referente aos currículos odontológicos e a Ementa das disciplinas de CI da FO/UFG em desenvolvimento no ano de 2009.

A história da disciplina de CI e suas repercussões na formação do cirurgião dentista também foram analisadas.

3.1.2 POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM E LOCAL DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo os prontuários do Serviço de Atendimento ao Público (SEAP), da FO/UFG. O arquivo é dividido em permanente inativo que contém os

prontuários de pacientes atendidos no passado e o ativo dos pacientes que estão em tratamento no ano em curso.

As agendas das disciplinas de CI dos anos de 2004 a 2009 foram utilizadas para a obtenção dos prontuários. Um censo foi realizado com estes prontuários agendados. Inicialmente foi proposta a análise das agendas de 2005 a 2008, mas resolveu-se incluir os anos de 2004 e 2009 para aumentar o tamanho da amostra.

Critérios de inclusão dos prontuários

- Os prontuários estarem agendados nos anos de 2004 a 2009 para a CI;
- Serem prontuários cadastrados no SEAP,
- Serem prontuários de pacientes atendidos somente na CI, após a semiologia e não referenciados de outras disciplinas.

Critérios de exclusão

- Os prontuários apesar de agendados para as CI, não ter sido de fato atendidos nessas clínicas,
- Serem prontuários que foram referenciados para a CI de outras disciplinas,
- Estarem ilegíveis,
- Estarem com o preenchimento incompleto na identificação do paciente e na descrição dos procedimentos clínicos,
- Não serem encontrados nos arquivos do SEAP.

Na **figura 1** está apresentada a população de estudo.

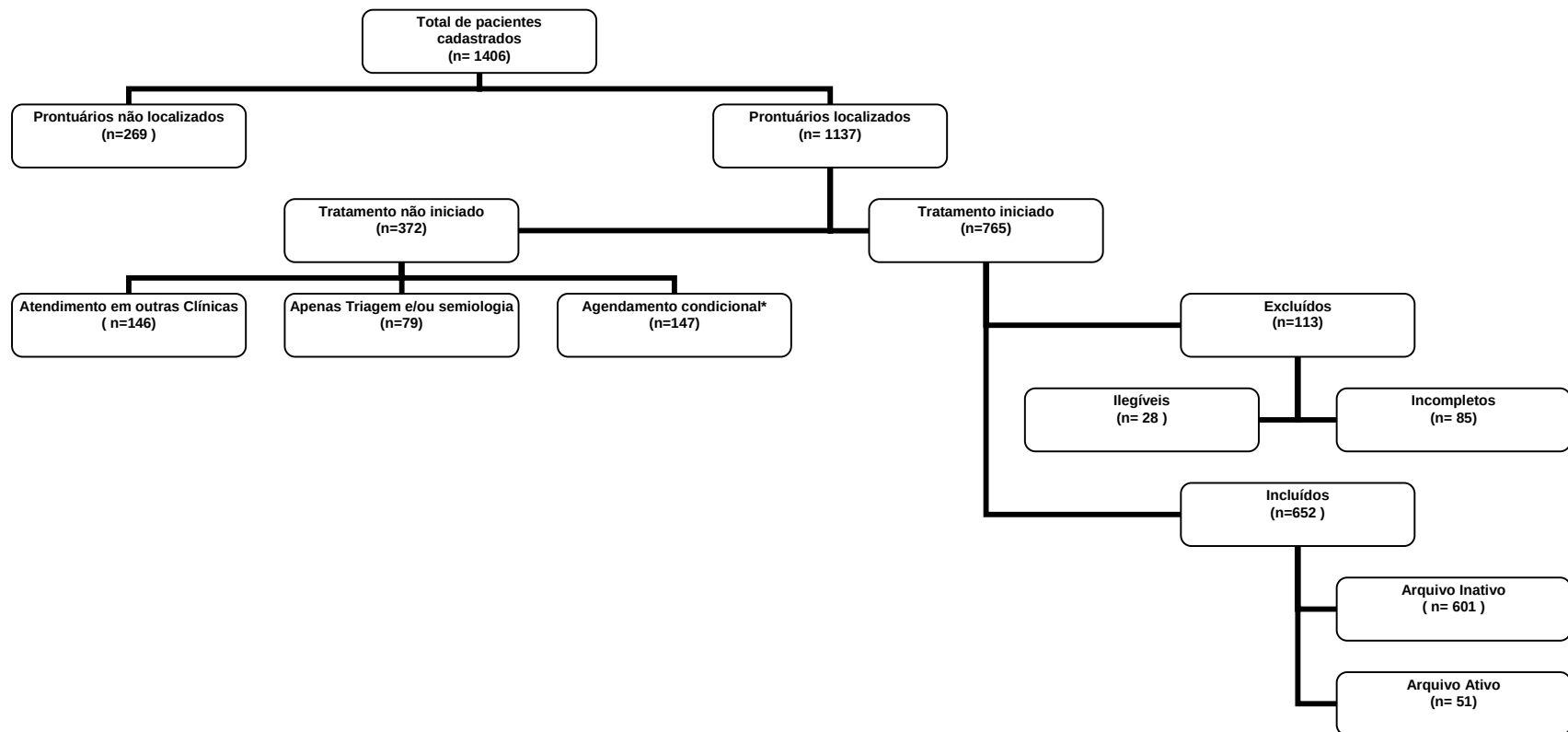


Figura1-População de estudo. Prontuários das Clínicas Integradas I e II nos anos de 2004 a 2009, Faculdade de Odontologia da UFG, 2010.

*Os pacientes agendados condicionalmente são aqueles que estão na dependência da desistência de algum indivíduo já agendado

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o número 003/2009 e atende às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde (ANEXO 1).

3.3 COLETA E REGISTRO DE DADOS

O instrumento para a coleta dos dados foi um formulário (APÊNDICE 1) construído especialmente para a pesquisa tendo a tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão de Convênios e Credenciamento da Associação Brasileira de Odontologia, 2008 (ABO) como referência (ANEXO 2).

As variáveis pesquisadas foram data de nascimento, gênero, estado civil, endereço especificando o bairro e Distrito Sanitário (Espaço Territorial em que se divide a cidade para o gerenciamento e execução de ações de saúde (MENDES, 1993), tipo de clínica em que o paciente foi agendado e atendido, plano de tratamento, status do tratamento odontológico, data da 1ª consulta, data da última consulta, intervalo entre a triagem e a 1ª consulta, procedimentos odontológicos apresentadas no plano de tratamento e os realizados, a complexidade do procedimento e dos casos clínicos.

Para a coleta do quantitativo de procedimentos realizados, inicialmente codificou a existência ou não do plano de tratamento e posteriormente separou-se por tipos de especialidades descritas nos prontuários. Utilizou-se o sim ou não para a presença da especialidade e depois se contou o número de procedimentos específicos realizados.

Para a análise da complexidade dos casos clínicos e a determinação da complexidade dos procedimentos odontológicos não se encontrou na literatura um consenso ou padronização sobre o grau ou escala de complexidade. Em razão disso criou-se um escore de complexidade para cada procedimento listado.

Na contagem dos procedimentos odontológicos executados, inicialmente separou-se por tipos de especialidades descritas nos prontuários. Utilizou-se a

variável dicotômica, sim ou não para a presença da especialidade e posteriormente contou-se o número de procedimentos específicos realizados.

Essa escala de complexidade foi criada especificamente para o presente estudo. Uma adaptação do Método de Thustone (MAYDEU-OLIVARES; BOCKENHOLT, 2008, KRABBE, 2008, OPPENHEIM, 1992, THURSTONE; CHAVE, 1927) foi usado. Este autor criou uma escala para medir atitudes, baseada nas escolhas dos indivíduos, que para o teste são denominados juízes. Um dos objetivos desta escala de mensuração é determinar valores para itens ou problemas em que não existe um padrão estabelecido de medida.

A escala de Thurstone utiliza uma série de declarações ou itens, aproximadamente 100. Os enunciados devem indicar atitudes favoráveis e desfavoráveis. A distribuição desses itens deve ser colocada eqüidistante de um ponto central, de neutralidade. Na escala construída utilizou-se um menor número de itens a serem analisados e não houve a valoração dos procedimentos em favoráveis e desfavoráveis. Os passos utilizados no presente estudo para a obtenção dos escores foram os descritos por Oppenheim (1992) e Thurstone e Chave (1927). E estão descritos abaixo.

1-Determinar os itens ou variáveis que precisam ser julgadas,

2-Escolher os juízes. Esses juízes devem ser pessoas envolvidas com o tema, preferencialmente, especialistas no assunto,

3-Construir cartões com as variáveis a serem julgadas,

4-Construir uma escala com onze valores seqüenciais. Sendo os valores extremos o de menor complexidade (1) e o de maior complexidade (11). A **figura 2** apresenta a escala adaptada de Thurstone e Chave (1927).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Figura 2. Escala adaptada de Thurstone e Chave, 1927.

Os juízes convidados a participar do estudo receberam inicialmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) e uma carta explicativa (APÊNDICE 3). Foram 19 juízes sendo 10 professores e 9 alunos da CI da FO/UFG.

Foram selecionados 45 procedimentos clínicos realizados na CI e esses, foram escritos nos cartões. Cada juiz escolhia na escala, um valor correspondente a complexidade do procedimento. Após a determinação de todos os juízes fez-se a soma dos valores escolhidos para cada um dos procedimentos e posteriormente a média aritmética, determinando assim o escore da complexidade de cada um dos procedimentos. Após esse passo fez-se a multiplicação do número de procedimentos recebidos pelo paciente pelo escore de complexidade, de todos os tipos e o caso clínico recebeu um valor total da complexidade.

Um teste piloto da escala foi realizado e finalizou com o mesmo número de procedimentos, havendo a alteração do nome do procedimento Artglass para resina de laboratório.

O tratamento completado para este estudo foi considerado aquele em que o aluno concluiu o plano de tratamento planejado na íntegra ou fez procedimentos adicionais ao proposto e pontuou no prontuário o TC (tratamento concluído).

No caso de não conclusão do plano de tratamento proposto, mas com a escrita de tratamento completado, no prontuário, também foi contabilizado como concluído.

O tratamento incompleto foi aquele em que o aluno, não concluiu o plano de tratamento proposto e não fez nenhuma anotação sobre o desenvolvimento do tratamento.

A coleta dos dados nos prontuários iniciou em Julho de 2009 e finalizou em abril de 2010.

3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Um teste piloto com 100 prontuários foi realizado e o formulário se mostrou adequado.

Um banco de dados foi criado no *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows, versão 17, a partir das variáveis do formulário.

Antes das análises, o banco de dados passou por uma limpeza e checagem para a observação da existência de nomes e números repetidos e /ou de nomes e cadastros conflitantes.

No tratamento e interpretação dos dados inicialmente realizou-se uma análise exploratória com o intuito de observar a forma das variáveis e ver a necessidade de reorganizar, condensar e recodificar.

Inicialmente fez-se a análise descritiva, com a utilização de frequências absoluta e relativa e posteriormente a análise inferencial. Utilizou-se o Teste tipo ANOVA one way na comparação das médias do tempo de tratamento por nível de complexidade. No teste de associação entre a variável tempo de tratamento e o número de consultas, utilizou-se a Correlação de Spearman's. Para estimar o tempo gasto para a conclusão dos tratamentos usou-se a Análise de Sobrevida utilizando o Teste de Kaplan – Meier (CHAN, 2003, DAWSON; TRAPP, 2003, LELES; DAL MORO, 2005, LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2005).

Nesse estudo a sobrevida foi considerada o tempo desde a entrada do indivíduo no estudo (data da 1ª consulta) até a ocorrência do evento de interesse, o Tratamento Completado (TC).

A Regressão de Cox foi utilizada para se observar os efeitos da co-variável, níveis de complexidade no tratamento completado (DAWSON; TRAPP, 2003, LUIZ, COSTA, NADANOVSKY, 2005).

Para as análise estatísticas utilizou-se o *software SPSS for Windows* versão 17.0.

4 PUBLICAÇÕES

Artigo 1- Publicado na Revista Odontológica do Brasil Central. Vol 20(52): 46-51, 2011.

Título - Clínica Integrada de ensino odontológico: perfil dos usuários e necessidades odontológicas

Comprehensive dental care: users profile and dental needs

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis¹

Laura Barbosa Santos²

Cláudio Rodrigues Leles³

¹ Mestre em Odontologia, Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

² Estudante de Graduação de Odontologia, Faculdade de Odontologia da UFG;

³ Doutor em Odontologia, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFG.

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis - sandrabahiare@gmail.com

Rua 115-E Qd F- 36 Lt 09 Setor Sul.Goiânia –Goiás

CEP: 74085-290

Artigo 2- Publicado na Education Research International. Vol(2011), Article ID 107069, 6. doi:10.1155/2011/107069

Título - A retrospective study of treatment complexity and efficiency in a Brazilian undergraduate comprehensive dental care program

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis

Laura Barbosa Santos

Cláudio Rodrigues Leles

School of Dentistry, Federal University of Goias, Goiania, Goias, Brazil.

Corresponding author:

*Cláudio R. Leles, Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia
Primeira Avenida, número 1964, Setor Universitário, Goiânia, Goiás Brasil.
CEP 74.605-220
Phone: +55 62 32096052
e-mail: crleles@odonto.ufg.br*

Artigo 3 - Revista História, Ciência, Saúde-Manguinhos (a ser submetido)

Título - Clínica Integrada de Ensino Odontológica e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Autores: Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis* Cirurgião dentista.
Doutoranda em Ciência da Saúde - UFG sandrabahiare@gmail.com

Maria Goretti Queiroz** Docente da Faculdade de Odontologia da
UFG. Doutora em Educação Brasileira – UFG - mgoretti@gmail.com

Wilton Wilney Nascimento Padilha *** Docente da Faculdade de
Odontologia –UFPB- wwpadilha@gmail.com

Cláudio Rodrigues Leles**Docente da Faculdade de Odontologia da
UFG. Doutor em Reabilitação Oral – UNESP. crleles@odonto.ufg.br

*Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.Rua 26
s/n.Bairro Santo Antônio. Goiânia-Goiás CEP:

** Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Av Universitárias
s/n. Setor Leste Universitário. Goiânia-Goiás. CEP:74605-220

***Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba

Artigo 1

Clínica Integrada de Ensino Odontológico: Perfil dos usuários e necessidades odontológicas

Comprehensive dental care: users profile and dental needs

RESUMO

A disciplina de Clínica Integrada nos cursos de graduação foi criada com o objetivo de desenvolver a capacidade do graduando em diagnosticar, planejar e executar procedimentos multidisciplinares de forma a integrar conhecimentos adquiridos ao longo do curso de odontologia, possibilitando a formação de um clínico geral. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos pacientes e os tipos de procedimentos odontológicos realizados na CI da Faculdade de Odontologia da UFG. Realizou-se um estudo retrospectivo em prontuários (n=652) de pacientes atendidos na CI no período de 2004 a 2009. A maioria dos pacientes era do gênero feminino (67,8%), sendo que a faixa etária preponderante foi de 30 a 50 anos (51,9%). A maioria estava empregada e a ocupação mais prevalente foi de profissionais autônomos, na categoria de trabalhadores diversos, residentes na capital do estado (71,5%). A queixa principal mais reportada foi a dor de dente (32,8%). As necessidades típicas destes pacientes são relacionadas à cárie e edentulismo, com conseqüente predominância de procedimentos característicos da prática generalista (restauradores, periodontais e protéticos). Entretanto, a combinação de especialidades odontológicas em muitos casos não é a recomendada, o que sugere maior aprimoramento no processo de triagem de pacientes.

Palavras chave: Clínica de ensino, Odontologia, Documentação

ABSTRACT

The Comprehensive Dental Care Clinic (CDCC) aims at providing appropriate care for all patients' individual general dental needs and developing the competence of dental students to diagnose, plan and perform general dental procedures. The aim of the present study was to identify the profile of patients and types of dental procedures performed on the CDCC of the School of Dentistry of the Federal University of goias, Brazil. It was a retrospective study of dental records (n = 652) of patients treated at the CDCC in the period between 2004 and 2009. Most patients were female (67.8%) and the predominant age range was 30 to 50 years (51.9%). Most were employed and the most prevalent occupation was self-employed professionals in various categories of workers, and residents in Goiania, the capital of the State of Goias (71.5%). The main reported chief complaint was toothache (32.8%). Typical dental needs were associated to caries and edentulousness, and consequent predominance of general dental procedures (restorative, periodontal and prosthodontic). Conversely, combination of dental treatment needs of the individual patient was not the recommended in many cases, suggesting improvement in the screening procedures of patients.

Keywords: Undergraduate comprehensive dental care clinic: patients' profile and needs

INTRODUÇÃO

A disciplina de Clínica Integrada (CI) foi criada com o objetivo de desenvolver a capacidade do graduando em diagnosticar, planejar e executar procedimentos multidisciplinares de forma a integrar conhecimentos adquiridos ao longo do curso de odontologia e possibilitar a formação de um clínico geral ^{1,2}. O paciente ideal para a CI é aquele que apresenta necessidades em no mínimo três especialidades, de várias complexidades, que podem ser solucionadas pelos graduandos e por um clínico geral ³. A CI deve ter como filosofia que permeia sua concepção pedagógica, o ensino integrado e o atendimento integral do paciente. Esse atendimento deve respeitar as necessidades do paciente e ser desenvolvido de maneira ética e eficiente ^{4,5}.

Estudos prévios abordaram aspectos diversos da disciplina de CI em faculdades brasileiras, relacionados a enfoques operacionais e pedagógicos tais como estrutura curricular ^{6,7}, planos de tratamento⁸, análise do preenchimento de prontuários ⁹, prevalência de agravos nos pacientes¹⁰, as características gerais da disciplina ^{11,12}, caracterização dos pacientes ^{13,14,15}, percepção do paciente sobre o atendimento ^{3,16} entre outros.

Uma das formas de se avaliar os serviços de saúde e orientar possíveis adequações é conhecer e analisar periodicamente o serviço tendo como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. Entretanto, estudos descritivos são essenciais para a elaboração de hipóteses de estudo a partir de uma "fotografia" da situação, sendo fundamentais como o primeiro passo do entendimento de um problema ou situação, além de informar sobre as necessidades e as características dos serviços com vistas ao planejamento em saúde.

Tendo em vista as mudanças curriculares atuais na formação do cirurgião- dentista e na forma como a atenção odontológica é ofertada aos indivíduos, o conhecimento do perfil do público que procura as clínicas de ensino pode prover subsídios aos dirigentes das instituições visando qualificar o processo educativo desenvolvido e a atenção odontológica. Em razão disso, o objetivo do presente estudo descritivo foi identificar o perfil dos pacientes, os tipos de procedimentos realizados na CI de uma universidade pública brasileira.

MATERIAL E MÉTODO

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG) é uma instituição pública que tem como objetivo formar um cirurgião dentista generalista, humanista, ético e comprometido com as necessidades individuais e coletivas da população ¹⁷. Nesse processo educativo, o atendimento a pacientes é desenvolvido ao longo da graduação, sendo que no currículo vigente até o ano de 2009 a disciplina da CI era desenvolvida no 4º e 5º ano da graduação, com a denominação de Clínica Integrada I e Clínica Integrada II, respectivamente. A cada ano letivo são matriculados 60 alunos em cada uma das CI, totalizando 120 alunos. A carga horária

anual é de 192 horas na CI I e de 352 horas na CI II. No presente estudo usaremos a designação de CI significando o somatório dos dados das duas clínicas.

Na FO/UFG o atendimento é gratuito ao paciente e subsidiado com verbas públicas. Os pacientes agendados para a CI passam por um processo de triagem realizado por um grupo de professores que avaliam a complexidade do caso e a capacidade dos alunos em resolver os casos clínicos e a partir desse referencial os pacientes são selecionados ¹⁸. O agendamento dos pacientes é realizado três vezes por semana em períodos alternados. O acompanhamento e orientação dos alunos é feito por cerca de 7 professores escalados entre as disciplinas clínicas específicas ^{19,20}.

Realizou-se análise documental dos prontuários dos pacientes agendados para a CI no Serviço de Atendimento ao Público da FO/UFG (SEAP), no período compreendido entre janeiro de 2004 e dezembro de 2009. Os prontuários incluídos no estudo foram os que estavam inscritos nas agendas para a CI dos anos de 2004 a 2009, atendidos exclusivamente nas disciplinas de CI. Um total de 1406 prontuários de pacientes inscritos nas agendas da CI foram identificados como atendidos no período entre os anos de 2004 e 2009.

Participaram da coleta dos dados três pesquisadores previamente treinados que trabalharam em conjunto. O instrumento para a coleta dos dados foi um formulário construído especialmente para a pesquisa baseado na tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão de Convênios e Credenciamento da Associação Brasileira de Odontologia, 2008 ²¹. Realizou-se um teste piloto com 100 prontuários e o formulário e procedimentos de coleta de dados se mostraram adequados.

As variáveis incluídas no estudo foram sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, ocupação, Distrito Sanitário da moradia) e variáveis clínicas (queixa principal, tipo de acesso, número e tipos de procedimentos odontológicos realizados). Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados criado no software SPSS 17.0 e analisados por meio de estatística descritiva. O protocolo do estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o número 003/2009.

RESULTADOS

Dos 1406 prontuários inscritos nas agendas da CI entre 2004 e 2009, foram excluídos 269 (19,1%) por não serem encontrados nos arquivos. Dos 1137 (80,9%) localizados descartou-se 28 (2,4%) por estarem ilegíveis e 85 (7,4%) com dados incompletos. Foram excluídos também 372 (32,7%) prontuários sendo que 146 (39,2%) não iniciaram o tratamento tendo sido encaminhados para outras clínicas, 79 (21,2%) foram apenas selecionados e não iniciaram o atendimento na clínica e 147 (39,5%) estavam com agendamento condicional e não foram atendidos.

O estudo incluiu uma amostra final de 652 prontuários, perfazendo 46,3% da amostra inicial. Desse, 601 estavam no arquivo permanente inativo (arquivo que guarda todos os prontuários dos pacientes atendidos e que não estão em

atendimento no ano em curso), 51 no ativo, que são os pacientes que estão em tratamento no ano letivo corrente. O número absoluto e relativo dos pacientes atendidos e suas características estão apresentados na **Tabela 1**.

O acesso dos pacientes à FO/UFG foi feito diretamente à instituição (96,8%) e apenas 21 (3,2%) do total foram referenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Do total de pacientes atendidos na CI, 72,3% eram residentes em Goiânia e 23,8% na sua região metropolitana. Dos moradores na capital, a localização dos pacientes, de acordo com os Distritos Sanitários está apresentada na **Figura 1**. Um Distrito Sanitário é a divisão territorial realizada pela Secretaria Municipal de Saúde no espaço geográfico da cidade e que se configuram como áreas que agregam pessoas, serviços e necessidades de saúde²². A maior distribuição de pacientes foi originária das regiões Leste (23,5%), Campinas-Centro (22,3%) e Sul (14,5%).

A idade dos pacientes variou de 9 a 82 anos, média de 40,9 anos (DP=14,4), sendo que 442 (67,8%) eram do sexo feminino. Em relação à ocupação, segundo a Classificação da Ocupação Principal da Receita Federal Brasileira²³, a maioria dos pacientes foi enquadrada como trabalhadores diversos 263 (40,3%). Essa designação é para quem realiza serviços domésticos, de embelezamento e cuidados pessoais, serviços de proteção e segurança e outros semelhantes²³. Dentro desta categoria a maioria dos pacientes foi de prestadores de serviços domésticos (25,4%) seguido por trabalhadores de salão de beleza (7,2%) e de vigilantes (4,9%). Apesar da ocupação do lar não estar contemplada na classificação, 135 (20,8%) pacientes assim se autodenominaram.

A dor de dente foi a queixa principal mais comum entre os pacientes (31,3%), seguida de problemas gengivais (12,7%), além de outras detalhadas na **Figura 2**. A presença de doença preexistente foi reportada por 253 (38,8%) pacientes sendo 201 com doença crônica, 27 com doença aguda e 25 pacientes apresentaram as duas condições, de acordo com a classificação proposta por Murow e Oglesby²⁴.

O total de pacientes atendidos e os procedimentos realizados, classificados de acordo com a área odontológica relacionada, estão apresentados na **Tabela 2**. Procedimentos periodontais foram os mais frequentemente realizados, correspondente a 69,6% de todos os pacientes, sendo que um procedimento básico como a raspagem supragengival foi realizada em 69,5% dos pacientes. Procedimentos odontológicos restauradores diretos foram realizados em 66,7% dos pacientes, em especial as restaurações de resina composta (64%). Dentre os tratamentos protéticos observados em 43,6%, as próteses parciais removíveis foram realizadas em 25,6% dos pacientes. Tratamento endodôntico foi realizado em 33,1% dos pacientes, sendo que nos dentes posteriores foi o mais prevalente (26,2%).

A combinação de tratamentos odontológicos de diferentes áreas odontológicas mostrou que 54,6% dos pacientes receberam cuidados odontológicos de até duas áreas, enquanto 45,4 % receberam cuidados de 3 a 5 áreas.

A descrição dos tipos de restaurações diretas realizadas está apresentada na **Tabela 3**, que mostra a frequência de restaurações diretas de resina composta e amálgama de acordo com a complexidade da restauração. A maior parte das restaurações foi classificada como Classe II (39,7%), que corresponde a cavidades preparadas nas faces proximais dos pré-molares e molares.

DISCUSSÃO

Conhecer o perfil dos usuários da CI e a produtividade clínica dos graduandos é de extrema importância para o processo de planejamento das atividades a serem realizadas nas clínicas e para a qualificação da assistência prestada. No presente estudo, as principais características dos pacientes se referem à maior participação de mulheres, na faixa etária dos 30 a 40 anos de idade, trabalhadores diversos ou do lar, residentes na própria cidade. Dor de dente, problemas gengivais e queixas relacionadas às próteses e ausência de dentes foram às principais motivações da busca por tratamento.

Estudos semelhantes também encontraram uma predominância de mulheres no atendimento em CI de ensino^{10, 13, 14, 15, 25, 26}. A predominância da mulher na CI se deve segundo alguns autores, a maior importância dada por elas a estética e a terem um comportamento mais preventivo, em relação à saúde, do que os homens^{26,27}. Essa presença feminina na CI pode ser ainda em razão dessas mulheres trabalharem em profissões autônomas e do lar, o que facilita o agendamento das consultas em horários comerciais. Já a presença masculina é mais prevalente em serviços de emergência odontológica do que a feminina²⁸. Da mesma forma, a ocupação dos pacientes, em grande parte de trabalhadores de serviços gerais e autônomos facilita o acesso ao tratamento pela disponibilidade de comparecimento em horários diferenciados.

Houve um baixo número de idosos atendidos, o que pode apontar para dificuldades do acesso desses indivíduos à clínica de ensino, por conseguinte. Essa pouca presença de idosos na CI pode ser também em razão da inexistência dessa disciplina na ementa da CI^{18, 19}.

Apesar da FO/UFG ser uma unidade parceira do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁹ e receber pacientes referenciados pelo serviço municipal de saúde, a maioria dos pacientes que buscaram atendimento na FO/UFG o fez diretamente a instituição. Diferente de Milani, 2003³⁰, este fato se deve à falta de mecanismos regulares de encaminhamento e regulação da parceria com o SUS. Quanto à origem residencial, a maioria dos pacientes são moradores da capital do estado e da região metropolitana. Dos residentes na capital, a maioria foi do Distrito Sanitário Leste. Esse Distrito é um dos campos de estágios dos alunos da FO/UFG. Essa presença de alunos, nesse espaço geográfico cotidianamente, pode ter estimulado a procura dos indivíduos por cuidados na CI.

Quanto à queixa principal, a dor de dente foi à maior causa da busca por atendimento, semelhante ao encontrado por outros estudos^{31, 32, 33, 34}. Diferente do presente estudo, a queixa principal descrita foi a necessidade de prótese³, a necessidade de restaurações³⁵ e cárie dentária¹⁴. No entanto alguns prontuários não apresentaram o relato da queixa principal (7,1%). Isso pode sugerir a pouca importância dada pelos alunos a esse registro. Isso direciona para a necessidade de enfatizar nas aulas, os aspectos legais envolvidos na documentação do paciente e a responsabilidade do futuro cirurgião dentista com o registro e guarda desses dados.

Quanto aos procedimentos clínicos, a distribuição de procedimentos realizados mostra que os tratamentos se concentram principalmente em tratamentos básicos restauradores e periodontais. No entanto, ao se avaliar o número de procedimentos,

os restauradores diretos foram os mais prevalentes. Isso pode ser dado em razão da maneira com que se contabilizam as atividades realizadas. Procedimentos restauradores são quantificados por unidade dental, já nos procedimentos periodontais utiliza-se o hemiarco, que comporta um maior espaço anatômico para se contabilizar as raspagens. Nos procedimentos cirúrgicos se conta o sítio unitário. As restaurações de resina composta foram as mais realizadas, sendo semelhante ao encontrado por outros autores ^{8,36}, principalmente relacionadas a restaurações complexas de resina ou amálgama (restaurações classe II).

Os tratamentos protéticos foram realizados em quase metade dos pacientes, revelando uma das maiores necessidades em pacientes adultos, em associação com outras necessidades odontológicas características de pacientes de CI. Assim, apesar dos procedimentos da prática generalista serem executados na CI, a combinação de especialidades em muitos casos não é a recomendada, pois 54,6% dos pacientes receberam cuidados odontológicos em até duas áreas, abaixo do que seria recomendado para o processo de triagem para clínica integrada de ensino que seria no mínimo de três especialidades ^{3, 18}.

Estudos abordando a CI são importantes instrumentos que oferecem subsídios para a análise do processo educativo e da assistência prestada aos pacientes. Essa clínica esta localizada, geralmente nos últimos anos da graduação e tem a responsabilidade finalista de integrar tudo o que foi visto e vivido na graduação. É também o cartão de visitas da Faculdade, pois a ela são encaminhados os pacientes, dentro do contexto da graduação, com os casos mais complexos. Se essa clínica se mostra produtiva e resolutiva sinaliza que todas as outras clínicas de ensino assim também se comportam.

No entanto, o presente estudo tem como limitações o fato de ter sido um estudo retrospectivo realizado no período anterior a reforma curricular em curso na FO/UFG e ter sido realizado a partir de prontuários, que podem ter o viés da informação. Seja na subnotificação das atividades executadas nos prontuários, visto que muitos foram excluídos por deficiências no registro ou pela falta de padronização na escrita dos procedimentos reduzindo, por conseguinte, o tamanho da amostra final do estudo.

Uma maior ênfase na importância e nos aspectos legais que envolvem o preenchimento da documentação odontológica dos pacientes pode ocasionar um preenchimento mais completo dos dados dos pacientes. A implantação de prontuários eletrônicos pode ocasionar uma melhora dos dados e dificultar o extravio ou perda dos documentos dos pacientes. Novos estudos envolvendo os pacientes, professores e alunos da CI podem ser desenvolvidos visando propiciar informações que norteie o planejamento e gestão da CI da FO/UFG.

CONCLUSÃO

Os pacientes da CI são em sua maioria pacientes de ocupações que oferecem baixa remuneração e que residem na capital e nos distritos sanitários mais próximos da Faculdade. As necessidades típicas destes pacientes são relacionadas à cárie e edentulismo, resultando em procedimentos característicos da prática generalista (restauradores, periodontais e protéticos). Entretanto, a combinação de

especialidades odontológicas em muitos casos não é a recomendada, o que sugere maior aprimoramento no processo de triagem de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GS, Borges SR. Clínica Integrada. Rev. ALAFO. 1978; 13:129-138.
2. Botero AA. Por qué decidimos crear una clinica integral em nuestra facultad. La experiencia que hemos tenido. In: Primeiro Seminário Latino Americano sobre Ensenanza de La Odontologia. Bogotá - Colômbia: Organização Pan Americana de Saúde. 1963. p. 173-175.
3. Borghi VMM, Sundefeld MLMM, Saliba NA, Moimaz SAS, Poi, WR. Razões que influenciam o paciente a buscar atendimento odontológico na Clínica Integrada. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. 2008; 8(3):347-352.
4. Tedesco LA. Issues in Dental Curriculum Development and Change. J. Dent. Educ. 1995; 59(1): 97-148..
5. Fields MJ (Ed). Dental Education at the Crossroads. Challenges and Change. Washington: National Academy Press; 1995.p.1- 323.
6. Tabacof G. Currículos Odontológicos Nacionais. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia. 1977. 82p. mimeograf.
7. Arruda WB, Siviero M, Soares MS, Costa GC, Tortamano IP. Clínica Integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. RFO. 2009; 14 (1) :51-55.
8. Poi WR, Lawall MA, Simionato, LE, Giovanini, EG, Panzarini, SR, Pedrini, D. Onze anos de avaliação dos planos de tratamento e tratamentos realizados pela disciplina de Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Pesq.Bras.Odontoped.Clin.Integr. 2006; 6(3): 237-242.
9. Brihy M. Avaliação do preenchimento das fichas de exames clínicos usadas nas disciplinas de odontologia comparando-as com as da disciplina de Clínica Integrada (Ficha Nova-UNIP). Rev Cienc.Saúde. 1997; número especial: 27-30.

10. Vieira VG, Fernandes AM, Machado APB, Grossman SMC, Aguiar MCF. Prevalência das alterações da normalidade e lesões da mucosa bucal em pacientes atendidos nas Clínicas Integradas de Atenção Primária (CIAPS) da Faculdade de Odontologia da UFMG. Arq. Odontol. 2006; 42(4): 257-336.
11. Poi WR, Tagliavini RL, Sonoda CK, Castro JCM, Salineiro SL, Pedrini D, Panzarini, SR. O Perfil da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, após onze anos de implantação. Arq. Odontol. 1997; 33(1): 35-47.
12. Vargas AMD, Vasconcelos, M. A construção de clínica integrada de atenção primária da Faculdade de Odontologia de Universidade Federal de Minas Gerais: A experiência da Clínica Integrada I. Arq. Odonto. 1998; 34(.2): 71-81.
13. Abreu MHNG, Oliveira RFR. Características sociodemográficas dos usuários das Clínicas Integradas I e II do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Unimontes Científica. 2002; 4(2): 1- 40.
14. Nassri MRG, SILVA AS, Yoshida AT. Levantamento do perfil socioeconômico de pacientes atendidos na clínica odontológica da Universidade de Mogi das Cruzes e do tratamento ao qual foram submetidos: clínica endodôntica. RSBO. 2009; 6(3): 272-278.
15. Moreira AC, Milanez LA, Okamoto T, Okamoto R. Perfil de Pacientes submetidos a procedimentos odontológicos na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Marília (UNIMAR)-SP, em 2003. Rev Odontologica de Araçatuba. 2006; 27(2): 136-141.
16. Mialhe LF, Gonçalo CMS. Avaliação dos usuários sobre a qualidade do serviço odontológico prestado por graduandos do curso de Odontologia da FOP/Unicamp. RFO. 2008; 13(1): 19 - 4.
17. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
18. Faculdade de odontologia. Universidade Federal de Goiás. Setor de Triagem, 1997.

19. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Odontologia. Sumário das disciplinas da graduação em Odontologia. Clínica Integrada I. 1992 a.
20. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Odontologia. Sumário das disciplinas da graduação em Odontologia. Clínica Integrada II. 1992b
21. Associação Brasileira de Odontologia. Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos (VRPO). 2008
22. Mendes EV. Território: conceito chave do Distrito Sanitário. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1993.468p.
23. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Imposto de Renda. Pessoa Física. Manual de Preenchimento. Declaração de Ajuste Anual. Modelo Completo-Ano calendário de 2001; 2002.p.58.
24. Murow EJ, Oglesby FM. Acute and Chronic Illness: Similarities, Differences and Challenges. Orthopaedic Nursing. 1996; 15(5): 47-51.
25. Broughton AM, Smales RJ. Comparison of dental needs with the treatments actually received. Australian Dent J. 1991; 36(3): 223-230.
26. Paganelli APC, Lima AS, Freitas K, Beloti AM. Avaliação qualitativa das necessidades odontológicas dos pacientes da clinica integrada de adulto do curso de odontologia de CESUMAR. Iniciação Cientific.2003; 5(1): 35-40.
27. Abramowicz M, Gil C, Martins MCB. Contribuição para o estudo dos pacientes que freqüentam as clinica da faculdade de odontologia da USP. Rev Fac. Odontol. USP. 1976; 14(2): 259-270.
28. Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Penha SS, Buscariolo MA, Costa CG, Rocha RG. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do setor de urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.RPG,2007; 13(4): 299-306.
29. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Cadastro de Estabelecimentos da Saúde prestadores de serviços odontológicos; 2007.p.88.

30. Milani, PAD. Avaliação e produtividade da disciplina de Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná (Contribuição ao modelo de ensino odontológico). [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2003.
31. Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.p.68.
32. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. SBBrasil 2010. Disponível em: <http://189.28.128.99/dab/cnsb/>. Acesso em: 28/12/2010.
33. Kamei NC, Cavalli, V. Bona, P R F, Pires, F R, Lopes, M A, Di Hipólito Jr. O. Queixa principal dos pacientes da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOB/UNICAMP submetidos a triagem. Inic.Cientif. 2000; 2(1):21-22.
34. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes ESW. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em população adulta. Rev Saude Pública. 2004; 38 (3): 453- 458.
35. Mattos DA, Lehnen A, Trentin MS, Silva SO, Carli JP, Linden MSS. Perfil dos pacientes atendidos no Setor de Exames e Triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. RGO. 2009; 57(4): 437-441.
36. Abreu MHNG, Oliveira RFR. Características sociodemográficas dos usuários das Clínica Integradas I e II do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. UNIMONTES. 2002; 4(2):1-14.

Tabela 1: Características dos pacientes atendidos na disciplina de Clínica Integrada da FOUFG nos anos de 2004 a 2009 (n=652).

		n	%
Gênero	Feminino	442	67,8
	Masculino	210	32,2
Idade	até 20 anos	50	7,6
	de 20 a 30 anos	98	15,0
	de 30 a 40 anos	171	26,2
	e 40 a 50 anos	168	25,7
	de 50 a 60 anos	94	14,4
	acima de 60 anos	71	10,8
Ocupação Principal	Trabalhadores diversos	263	40,3
	Do lar	135	20,8
	Prestadores de serviços do Comércio	46	7,0
	Sem informação	28	4,3
	Servidores do poder público	26	3,9
	Desempregado	13	2,0
	Técnico de nível médio	9	1,4
	Profissionais de ensino	6	0,9
	Outras	126	19,4
Moradia	Capital	472	72,1
	Região metropolitana	155	23,8
	Outros	03	0,4
	Sem informação	22	3,7
Estado civil	Casado/companheiro	329	50,4
	Solteiro	262	40,1
	Divorciado/separado	33	5,0
	Viúvo	27	4,1
	Sem informação	1	0,1

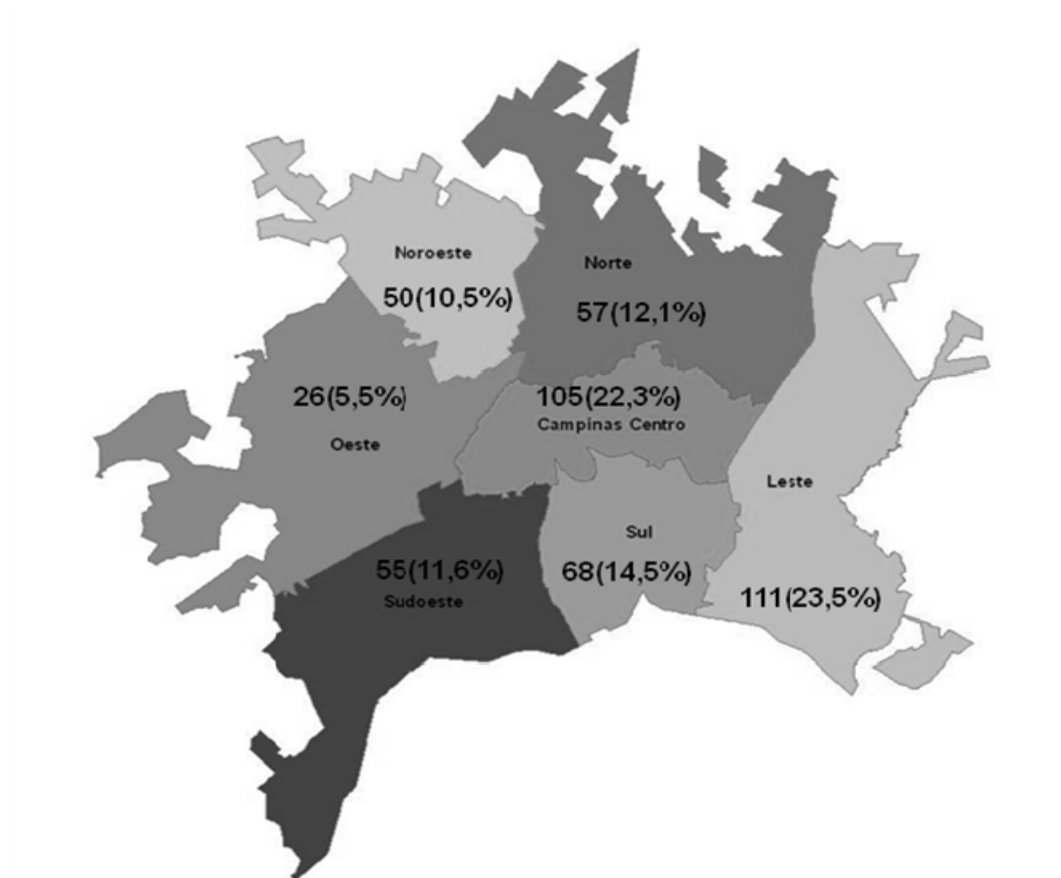


Figura 1. Distribuição dos pacientes atendidos nas disciplinas de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UFG, de acordo com a localização dos sete Distritos Sanitários definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

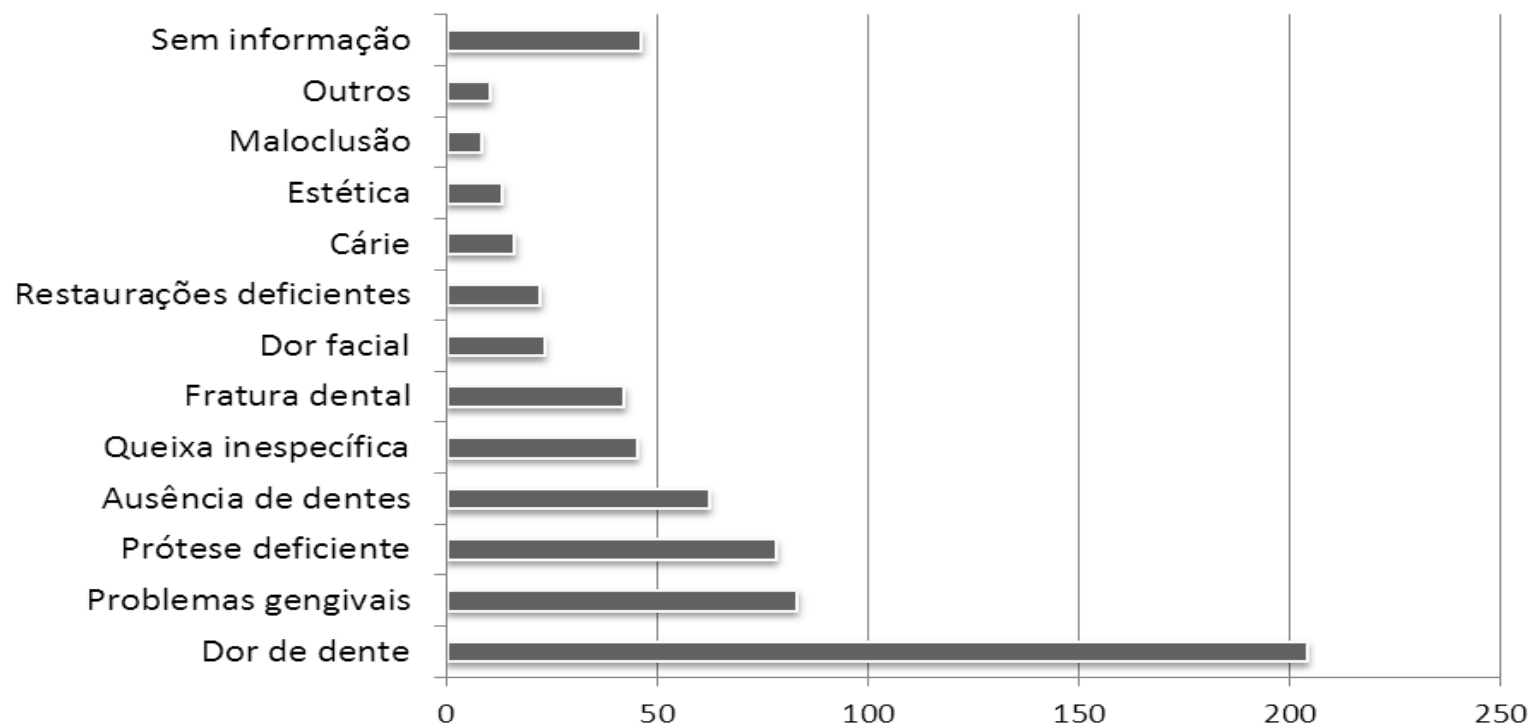


Figura 2. Queixa principal dos pacientes da Clínica Integrada da FO/UFG nos anos de 2004 a 2009.

Tabela 2: Distribuição do número de pacientes atendidos e de procedimentos realizados de acordo com área odontológica na disciplina de clínica integrada da FO/UFG entre 2004 e 2009.

Área / Procedimentos	Número de pacientes (%)	%	Número de procedimentos
Dentística restauradora	435	66,7	-
Restauração de resina composta	417	64,0	2135
Restauração temporária	314	48,2	588
Restauração de amálgama	151	23,2	330
Restauração metálica fundida	67	10,3	91
Ionômero de vidro	59	9,0	101
Restauração de resina indireta	33	5,1	36
Faceta estética	32	4,9	59
Clareamento interno	15	2,3	15
Clareamento externo	7	1,1	7
Selante	7	1,1	14
Periodontia	454	69,6	-
Raspagem supragengival (hemiarco)	453	69,5	1944
Raspagem subgengival (hemiarco)	147	22,5	614
Aumento de coroa clínica	107	16,4	151
Genvivectomia e gengivoplastia	47	7,2	62
Desensibilização cervical	24	3,7	24
Cirurgia	158	24,2	-
Exodontia de dente posterior	122	18,7	221
Exodontia de dente anterior	66	10,1	120
Exodontia de raiz residual	30	4,6	49
Frenectomia	5	0,8	5
Biopsia	4	0,6	4
Prótese	284	43,6	-
Próteses parciais removíveis	167	25,6	224
Prótese fixa (por elemento)	150	23,0	226
Prótese total	100	15,3	147
Pino intrarradicular	95	14,6	95
Restauração provisória resina acrílica	88	13,5	157
Endodontia	216	33,1	-
Dente posterior	171	26,2	251
Dente anterior	92	14,1	124
Retratamento	40	6,1	49

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa de restaurações diretas realizadas na disciplina de clínica integrada da FO/UFG entre 2004 a 2009.

Classificação	Restaurações de Resina Composta	Restaurações de Amálgama	Total (%)
Classe I	241	96	337 (13,7)
Classe II	765	214	979 (39,7)
Classe III	741	10	751 (30,5)
Classe IV	102	2	104 (4,2)
Classe V	281	8	289 (11,7)
Classe VI	5	-	5 (0,2)
Total	2135	330	2465 (100,0)

Artigo 2

A retrospective study of treatment complexity and efficiency in a Brazilian undergraduate comprehensive dental care program

ABSTRACT

The aim of the study was to explore the completion of treatment efficiency in an undergraduate comprehensive dental care program (CDCP). The study sample consisted of the records of 652 patients from the CDCP of the School of Dentistry, Federal University of Goiás, Brazil, who were treated in the period from 2004 through 2009. Data from the initial and last appointments were recorded and the patient status at the last appointment was classified as complete or incomplete relative to the treatment plans. A total of 45 clinical procedures performed by the students was listed and a panel of 19 judges (tutors and students) graded the perceived complexity of each procedure on a 11-point scale using an adaptation of the Thurstone method. A summative score for each patient was obtained by multiplying the productivity of procedures by their complexity scores. Spearman's correlation, one-way Anova, Kaplan-Meier, and Cox regression were used to build a predictive model for time-to-event data - completion of treatment (CT). Treatment time for CT was correlated with complexity scores ($r=0.60$; $p<0.001$). The average estimated median months for CT was 23.0 (95%CI=19.6-26.3) and was significantly different ($p<0.001$) among complexity levels (low 13.0, intermediary 19.0, high 47.0). When low complexity was the reference category, estimated changes in risk for incomplete treatment were greater for intermediary (HR=0.54; 95%CI= 0.40-0.75) and high complexity cases (HR=0.32; 95%CI=0.23-0.45). The results indicated that treatment complexity has a large influence on undergraduate CDCP efficiency and should be considered when planning organizational strategies for the clinical environment.

Key-words: dental treatment, dental education, comprehensive dental care, dental clinic efficiency

INTRODUCTION

Undergraduate comprehensive dental care is an instructional program that aims to provide appropriate care for patients' general dental needs. In the Comprehensive Dental Care Program (CDCP), students have the opportunity to become familiar with their future clinical practice and to develop not only technical skills, but also professionalism, ethics, time management, critical thinking, decision making, and interpersonal and communication skills [1].

Assessments of CDCP usually focus on productivity [2,3], patient satisfaction [4-6], or quality of care [7]. Other studies explored factors affecting efficiency of care, based on completion of treatment [8] and ratio of visits to patients [7]. In CDCP settings, efficiency may be associated with completion of treatment with fewer visits and in shorter time periods. Compared with services provided by dental graduates, care provided by students may require more time and more visits [7]. In addition to the fact that students are less productive, other intrinsic characteristics of the clinical

setting may affect the efficiency of care such as patient selection criteria, financial and human resources, clinical assistance boundaries, tutorship arrangements, and technical resources.

In addition, standards of efficiency of care must be compatible with academic requirements of the dental curriculum. An appropriate balance between high-quality dental education and effective care is a major challenge for many dental schools. In Brazil, educational policies for health care areas are required to be in line with national health system policies, particularly in public schools. Brazilian Curriculum Guidelines for Dentistry [9] reinforce that schools must graduate dental professionals who have a comprehensive view of community needs, general abilities and competencies, and who are able to promote sensitive comprehensive care and can work cooperatively with other health professionals to promote effective health care.

In 2006, the Commission on Change and Innovation in Dental Education of the American Dental Education Association (ADEA) identified the need for changes in dental education concerning the challenges of funding and limited access, marginalization of dentistry as a specialized health care service unavailable to the poor, and the nature of dental education itself, described as convoluted, expensive and dissatisfying to students [10]. Factors such as inflexible and overcrowded curricula, lack of student autonomy, passive learning environments and lack of effective connectivity among dental clinical areas commonly decreased efficiency of care by inhibiting the ability of students and tutors to complete treatments in reasonable amounts of time.

Although curriculum changes are mandatory, appropriate selection of patients according to different treatment complexity levels may be an effective way to improve treatment efficiency, student productivity, and patient satisfaction. In addition, appropriate patient selection might stimulate environmental reorganization and improve the management of clinical setting routines. Thus, the aim of this study was to investigate efficiency of care with respect to the completion of treatment in a CDCP in a Brazilian public dental school and to explore the influence of treatment complexity on time and rate of treatment completion.

MATERIAL AND METHODS

A retrospective cohort study was designed to include all patients from 2004 through 2009 who attended the CDCP of the School of Dentistry, Federal University of Goiás, located in the mid-western region of Brazil. The study protocol was approved by the School's ethical research committee.

This public dental school has a five-year curriculum and the CDCP is in the last two years. The clinical setting has 32 complete dental equipments for 60 students; the sets are distributed in separate rooms and common areas are used for dental

materials and to scrub instruments. About eight tutors supervise clinical work and the patients are seen by two students – one as the operator and the other as the auxiliary.

The Patient Attendance Service of the school registered 1406 patients who were seen at the CDCP, including regular and conditional patients. All of these patients had made appointments for treatment. Patients were excluded in the following cases: no initial appointment with clinical examination registration (n=269), patients with treatment initiated in another clinic of the school (n=146), screened patients with treatment not initiated (n=79), conditional patients (n=147), and patients with incomplete data (n=133). Data were gathered from July 2009 through April 2010.

Three trained research assistants participated in data collection and retrieved the following information from the patient's dental records: patient identification, initial clinical conditions, treatment plan, treatment procedures, number of appointments, time in months of treatment, dates of the first and last appointment, and treatment status (completed or not completed). Treatment was considered completed when the prescribed treatment plan was fully accomplished and the case was registered as completed in the patient record.

Treatment procedures were categorized according to the Brazilian Dental Association reference document [11]. A list 45 treatment procedures was obtained and the frequency of each procedure was recorded by patient. In the next step, an adaptation of the Thurstone method for scaling was used to measure the relative complexity of the entire treatment for each patient [12]. The method is based on the assumption that the distribution of attitudes of a group on a specific issue may be represented by a frequency distribution. The scale was constructed to represent the students' and the tutors' attitudes toward the performance of dental procedures in the CDC environment, including aspects such as the difficulties associated with the tasks relative to the specific procedures and the time consumed to complete them.

A group of 19 judges (10 tutors and 9 students) agreed to have their attitudes measured relative to their judgment of treatment complexity. They received a letter with instructions and an explanation of the scaling process. Lists containing the 45 dental procedures were presented in a random order to the judges. Procedures were typed on small slips, one procedure on each slip. A set of these 45 slips was given to each judge. They were also given eleven master-slips of the same size numbered from 1 to 11. Only two of these slips were labeled as to the kind of opinions that should be placed on them, namely 1, which contained the statement "This pile expresses most simple procedures", and 11, which contained the statement, "This pile expresses the most complex procedures". The judges were asked to sort the 45 procedures into eleven piles to represent an evenly graduated series of attitudes from those procedures considered by them as extremely simple (first pile) to those which are very complex (last pile) in the CDC context. The subjects were free to adjust the slips in the piles so that the intervals in attitudes from one pile to the next seemed to

be equal. The subjects were also instructed not to try to place the same number in each pile, as the slips should not be evenly distributed [12].

The returns were tabulated so as to show for each judge the pile in which every one of the 45 procedures was placed to represent the complexity score of each procedure. A mean score was obtained by summing the scores of the judges for each procedure and dividing by the number (19) of judges. The mean score of the procedure was then multiplied by the number of procedures performed in each patient, and a summative score was obtained to represent the final patient complexity score for each patient.

Exploratory analysis was used to check data inconsistencies and distribution, to codify variables, and to create variable categories. Descriptive analysis was used to describe the main quantitative features of the data. Inferential analysis included Spearman's correlation, one-way Anova, Kaplan-Meier survival analysis, and Cox regression which were used to build a predictive model for time-to-event data. Cox regression was used to investigate the effect of treatment complexity upon the time probability to complete treatment. For the estimation of time for completion (CT), the date of the first treatment appointment until the last treatment appointment with patient discharge from treatment (terminal event) or last appointment without treatment finalization (censored cases) considered. The censored cases included patients under treatment at the end of data collection, patients who abandoned the treatment, and patients with treatment interrupted. SPSS 17.0 software was used to construct the database and for data analysis.

RESULTS

Of the final study sample (652 patients), 253 (38.8%) had completed treatment. Table 1 describes their demographics and treatment characteristics. Patients were mainly female and middle-aged (mean 40.9 years; SD 14.4). The time of treatment ranged from 1 to 249 months and the number of appointments *per* patient ranged from 1 to 102. Frequency analysis of time of treatment and number of appointment resulted in left-skewed distributions (Figure 1) and no significant difference was observed for time of treatment and number of appointments between completed and not completed treatment cases. There was, however, a significant association between time of treatment and number of appointments ($r=0.67$; $p<0.001$), indicating that the longer the time of treatment, the more appointments there are *per* patient.

The results of the scaling process by the judges are shown in Table 2, representing the rank distribution of the 45 clinical procedures performed by students, ordered by the mean scores of each procedure. Median values of the complexity scores depict the side of the asymmetry of the distribution of the scores assigned by the judges to each procedure. The mean scores ranged from 1.0 (chairside oral hygiene orientation and topical fluoride application) to 10.3 (endodontic retreatment of posterior teeth).

The summative complexity scores ranged from 4.0 to 306.9 (mean 73.4; SD 55.7), also showing a left-skewed distribution. Figure 2 shows that complexity scores were positively correlated with time of treatment ($r=0.60$; $p<0.001$) and number of appointments ($r=0.83$; $p<0.001$). Subsequently, a new variable was created to categorize the complexity score variable by dividing the cases into equal percentiles based on scanned cases, thus generating categories with an equal number of cases in each group. Two cut points were used to create three ordinal categories each containing 33.3% of the cases named by their complexity levels: low ($n=218$), intermediary ($n=217$) and high ($n=217$). Table 3 describes the time of treatment in months among cases with treatment completed ($n=245$) and reveals that students spent significantly more time to complete treatment (CT) in the more complex cases ($p<0.001$). The average median (in months) for CT was 23.0 (95%CI 19.6-26.3) and were statistically different ($p<0.001$) among complexity levels (low 13.0, intermediary 19.0, high 47.0).

Kaplan-Meier curves (Figure 3) showed time estimation for CT and revealed significant differences among different treatment complexity levels ($p<0.001$). Cases with high complexity scores are associated with excessive prolonged treatments and low efficiency in patient care. The case processing summary of Cox regression identified 245 terminal events – completed treatment (37.6%), 366 censored cases (56.1%) and 41 missing cases (6.3%). Descriptive data according to complexity level groups are shown in Table 4. Regression analysis revealed that treatment complexity is inversely associated with the likelihood of completing treatment in a shorter time period. Considering the low complexity cases as the reference category, estimated changes in risk for incomplete treatment were greater for intermediary (HR 0.54; $p<0.001$) and high complexity cases (HR 0.32; $p<0.001$).

DISCUSSION

Overall results showed relatively low efficiency of treatment in the undergraduate CDCP, particularly for high complexity cases. In addition, excessive mean time for completing treatment was observed in all complexity groups. Inefficiency is also evidenced by the significant association between time of treatment and number of appointments, suggesting that failure in completion of treatment is not due to schedule difficulties or nonattendance.

The scaling method used to estimate complexity levels of patient treatment needs was based on the adaptation of a widely used strategy to measure attitudes in social sciences. The item scores represent the perception of complexity to perform each treatment procedure, reflecting the judges' experiences and attitudes, and ranked in terms of the intervals between them at points on a hypothetical scale [13]. The patient summative scores appeared to represent different levels of treatment complexity and to discriminate different risks in relation to treatment efficiency. Caution is urged, however, because the reliability of the scale was not demonstrated

by replication among different groups of judges. In addition, caution is required because environmental and cross-cultural differences may affect the attitudes of judges toward treatment complexity.

Although factors such as appropriate quality of care and satisfactory standards of the learning process are important requirements for dental schools, undergraduates may consider the poor management of an adequate amount of time for treatment to be a major problem in patient care. Formicola et al. [14] observed that there is a generally recognized perception that the care provided by teaching clinics is inefficient, with a lack of treatment continuity as patients were passed from one student provider to another from year to year. As a consequence, patient care becomes a kind of secondary by-product of dental education [14].

Students also perceive problems in dental education and their learning experiences in the clinical settings. Major concerns about the need to provide patient care while trying to achieve procedural requirements, the need to perform what students perceived as non-educational administrative tasks such as calling and scheduling patients, handling excessive amounts of paperwork, and working with different instructors from day to day, emerged from students who were questioned about the effectiveness of undergraduate clinical instruction in 21 American dental schools [15]. Student requirement systems based on individual dental procedures rather than overall patient treatment often fail to achieve acceptable efficiency levels of care and do not match the best interests of patients [14]. They also fail to impute the humanistic values of health care, to prepare graduates who are satisfied with their practices, or who are capable of balancing clinical competence and social sensitivity. Changes in comprehensive care programs may improve the continuity of patient care, decrease patient clinic time, solve clinical problems, implement problem solving strategies, and produce an integrated staff who works cooperatively [16].

It was clearly observed that proper selection of patients is crucial when undergraduate clinical practice is planned to provide total patient care. The judicious screening and selection of patients are essential to provide a range of experiences and skills development for students [17].

Instruction systems based on procedures and numerical clinical requirements also have serious pitfalls. Clinical programs driven by patient needs are able to maintain satisfactory levels of quality and productivity in the absence of unit requirements and to have positive effects on academic performance [17,18]. Additionally, clinical instruction in community-based dental care settings has been reported to be more productive and efficient, to create the opportunity for a more diverse experience than the dental school clinic, and to positively impact student clinical competence [19-22].

Low efficiency in clinical care provided by the dental school also has ethical implications in relation to payment for services. Community-based dental education and dental school-run, patient-centered delivery systems were considered viable options as models for funding dental education [23-24]. Payment for services usually

comes from several sources, such as private insurance, patient resources, or government funding [7]. In our school, treatments are subsidized by the public health system, but the school does not recover clinic operating costs and a great part of these costs are reimbursed by the University. In addition, students pay the costs of infection control and other clinical items which might also be considered a student subsidy of patient care rather than a way to finance education [7]. All these public or private sources of funding may require a reasonably efficient clinical care system that is minimally satisfying to consumers.

This study focused mainly on the efficiency assessment of the clinical care in a pre-doctoral comprehensive dental clinic, showing that treatment complexity exhibits great influence on undergraduate CDCP efficiency and should be considered when planning organizational strategies for clinical environments. In the future, many other issues should be addressed to learn how to provide the best dental education experience for students, faculty, and patients.

REFERENCES

1. Baughan LW, Hagan BA, Dishman MV. Student evaluation in the comprehensive care setting. *J Dent Educ.* 1993;57:239-43.
2. Evangelidis-Sakellson V. Student productivity under requirement and comprehensive care systems. *J Dent Educ.* 1999;63:407-13.
3. Holmes DC, Trombly RM, Garcia LT, Kluender RL, Keith CR. Student productivity in a comprehensive care program without numeric requirements. *J Dent Educ.* 2000;64:745-54.
4. Xhonga-Oja FA, Sonnabend E, Krapp H. Criteria leading to patient loss from dental school clinics. *J Oral Rehabil.* 1986;13:339-45.
5. Broughton AM, Smales RJ. Comparison of dental needs with the treatments actually received. *Aust Dent J.* 1991;36:223-30.
6. Mascarenhas AK. Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *J Dent Educ.* 2001;65:1266-71.
7. Field, MJ .Dental Education at the Crossroads. Challenges and Change. National Academy Press. Washington, D.C.,1995.

8. Stacey DC, Slome BA, Musgrave D. Factors affecting patient completion of treatment within a student dental clinic. *J Dent Educ.* 1978;42:609-17.
9. Brazil Ministry of Education. National Curriculum Guidelines for Dentistry Courses, 2002 (In Portuguese).
10. Pyle M, Andrieu SC, Chadwick DG, Chmar JE, Cole JR, George MC, Glickman GN, Glover JF, Goldberg JS, Haden NK, Hendricson WD, Meyerowitz C, Neumann L, Tedesco LA, Valachovic RW, Weaver RG, Winder RL, Young SK, Kalkwarf KL. ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education. The case for change in dental education. *J Dent Educ.* 2006;70:921-4.
11. ABO. Brazilian Dental Association. Values for Dental Procedures, 2008 (In Portuguese).
12. Thustone, LL, Chave, EJ. The measurement of attitudes. Chicago: University of Chicago Press. 1929.
13. Oppenheim AN. Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. London: Pinter Publishers, 1992.
14. Formicola AJ, Myers R, Hasler JF, Peterson M, Dodge W, Bailit HL, Beazoglou T, Tedesco LA. Evolution of dental school clinics as patient care delivery centers. *J Dent Educ.* 2006;70:1271-88.
15. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. North American dental students' perspectives about their clinical education. *J Dent Educ.* 2006;70:361-77.
16. Tedesco LA. Issues in dental curriculum development and change. *J Dent Educ.* 1995;59:97-147.
17. Stacey MA, Morgan MV, Wright C. The effect of clinical targets on productivity and perceptions of clinical competency. *J Dent Educ.* 1998;62:409-14.
18. Dodge WW, Dale RA, Hendricson WD. A preliminary study of the effect of eliminating requirements on clinical performance. *J Dent Educ.* 1993;57:667-72.

19. Woronuk JI, Pinchbeck YJ, Walter MH. University of Alberta dental students' outreach clinical experience: an evaluation of the program. *J Can Dent Assoc.* 2004;70:233-6.
20. DeCastro JE, Bolger D, Feldman CA. Clinical competence of graduates of community-based and traditional curricula. *J Dent Educ.* 2005;69:1324-31.
21. Bean CY, Rowland ML, Soller H, Casamassimo P, Van Sickle R, Levings K, Agunga R. Comparing fourth-year dental student productivity and experiences in a dental school with community-based clinical education. *J Dent Educ.* 2007; 71:1020-6.
22. Berg R, Call RL, Maguire K, Berkey DB, Karshmer BA, Guyton B, Tawara-Jones K. Impact of the University of Colorado's Advanced Clinical Training and Service (ACTS) Program on dental students' clinical experience and cognitive skills, 1994-2006. *J Dent Educ.* 2010;74:423-33.
23. Bailit HL. Models for funding clinical dental education: what's likely and what's not. *J Dent Educ.* 2008;72(2 Suppl):21-4
24. Bailit HL, Beazoglou TJ, Formicola AJ, Tedesco LA. Financing clinical dental education. *J Dent Educ.* 2008;72(2 Suppl):128-36.

Table 1: Patient characteristics

Variables		n (%)
Gender	Male	210 (32.2)
	Female	442 (67.8)
Age in years	Less than 20	50 (7.6)
	21 – 30	98 (15.0)
	31 – 40	171 (26.2)
	41 – 50	168 (25.7)
	51 – 60	94 (14.4)
	More than 60	71 (10.8)
Treatment status	Completed	253 (38.8)
	Not completed	399 (61.2)
Time of treatment*	Completed	21.7 (16.0)
	All patients	23.2 (15.0)
Number of appointments**	Completed	18.4 (13.0)
	All patients	17.2 (12.0)

* In months; ** Expressed as mean and standard deviation (in parenthesis)

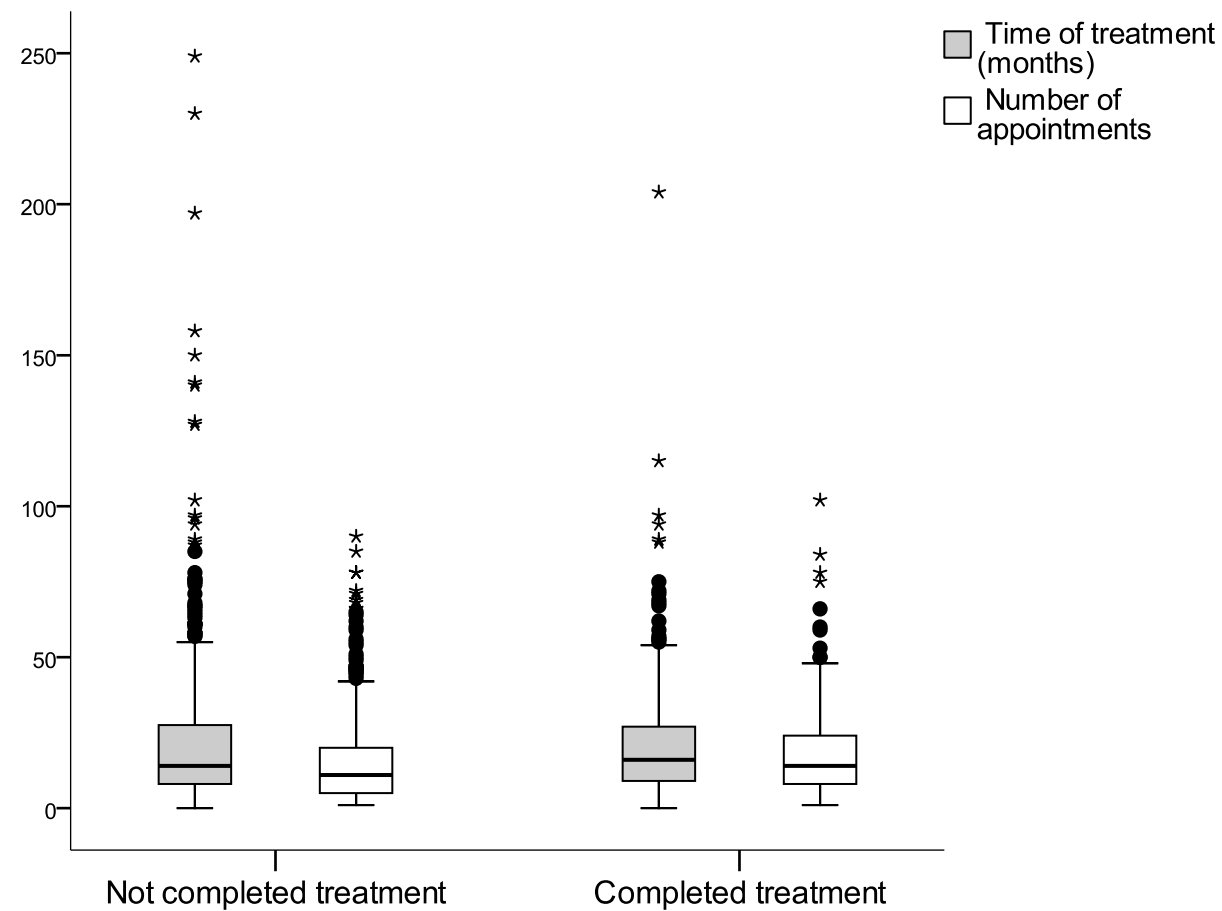


Figure 1. Box-plot of frequency distribution for time of treatment (in months) and number of appointments for cases with completed and not completed treatments.

Table 2. Distribution of complexity scores for clinical procedures ranked by judges, listed in descending order of the complexity score

Procedure	Mean (SD)	Median	Procedure	Mean (SD)	Median
1 Endodontic retreatment of posterior teeth	10.3 (1.0)	11.00	24 Class VI composite resin restoration	5.3 (2.4)	5.00
2 Endodontic treatment of posterior teeth	9.6 (1.4)	10.00	25 Class VI amalgam restoration	5.3 (2.6)	5.00
3 Fixed partial denture	9.5 (1.7)	10.00	26 Endodontic treatment of anterior teeth	5.2 (2.1)	6.00
4 Crown lengthening	8.6 (1.6)	8.50	27 Class III composite resin restoration	5.1 (1.8)	5.00
5 Removable partial denture	8.4 (2.0)	9.00	28 Class II composite resin restoration	4.9 (2.0)	5.00
6 Complete denture	8.4 (2.1)	9.00	29 Class II amalgam restoration	4.8 (1.8)	4.00
7 Endodontic retreatment of anterior teeth	7.9 (1.9)	8.50	30 Treatment planning	4.5 (2.4)	4.00
8 Metallic indirect post	7.7 (1.7)	8.00	31 Class V amalgam restoration	4.3 (2.1)	4.00
9 Gengivectomy	7.7 (1.7)	7.00	32 Class V composite resin restoration	4.2 (2.4)	4.00
10 Indirect resin restoration	7.7 (1.8)	7.00	33 Class IV amalgam restoration	4.0 (0.0)	4.00
11 Extraction posterior teeth	7.6 (2.5)	8.00	34 Supragingival debridement	3.3 (1.6)	3.00
12 Gengivoplasty	7.5 (2.5)	7.50	35 Ionomer restoration	3.3 (1.6)	3.00
13 Frenectomy	7.3 (2.1)	7.50	36 Class I composite resin restoration	3.3 (1.9)	3.00
14 Cast metallic restoration	7.3 (2.4)	8.00	37 Cervical desensibilization	3.1 (1.9)	2.00
15 Biopsy	7.2 (2.8)	7.00	38 Class III amalgam restoration	3.0 (0.0)	3.00
16 Aesthetic facet	8.9 (1.5)	9.00	39 External bleaching	3.0 (1.6)	2.00
17 Acrylic temporary crown	6.8 (2.7)	8.00	40 Class I amalgam restoration	2.9 (1.6)	2.00
18 Direct endodontic post	6.7 (1.9)	6.00	41 Provisional direct restoration	2.2 (1.6)	2.00
19 Acrylic removable partial denture	6.4 (1.9)	7.00	42 Sealant	2.1 (1.5)	2.00
20 Endodontic treatment of anterior teeth	6.1 (2.2)	6.00	43 Plaque control	2.0 (1.6)	1.00
21 Internal bleaching	6.1 (1.8)	6.00	44 Topical fluoride application	1.2 (0.6)	1.00
22 Subgingival debridement	6.0 (2.6)	6.00	45 Chairside dental hygiene orientation	1.2 (0.5)	1.00
23 Class IV composite resin restoration	5.7 (2.4)	6.00			

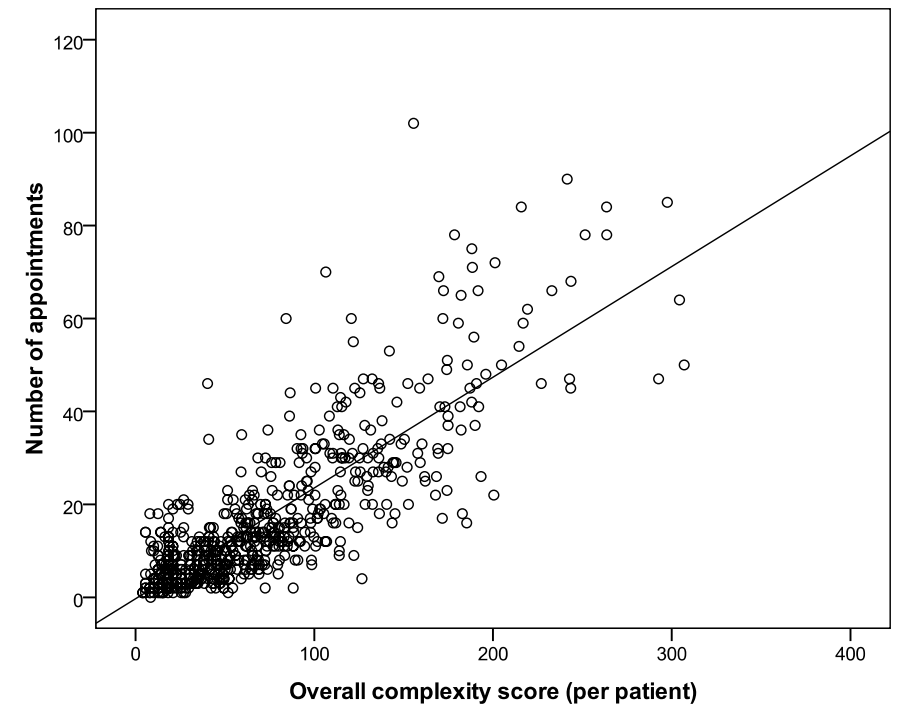
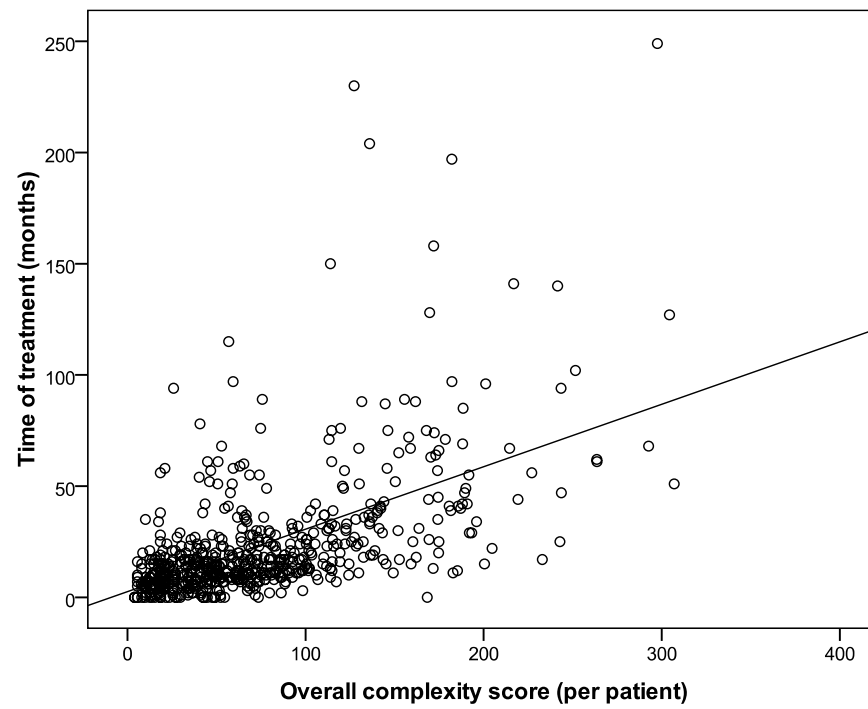


Figure 2. Scatterplots of the association between complexity scores and time of treatment and number of appointments

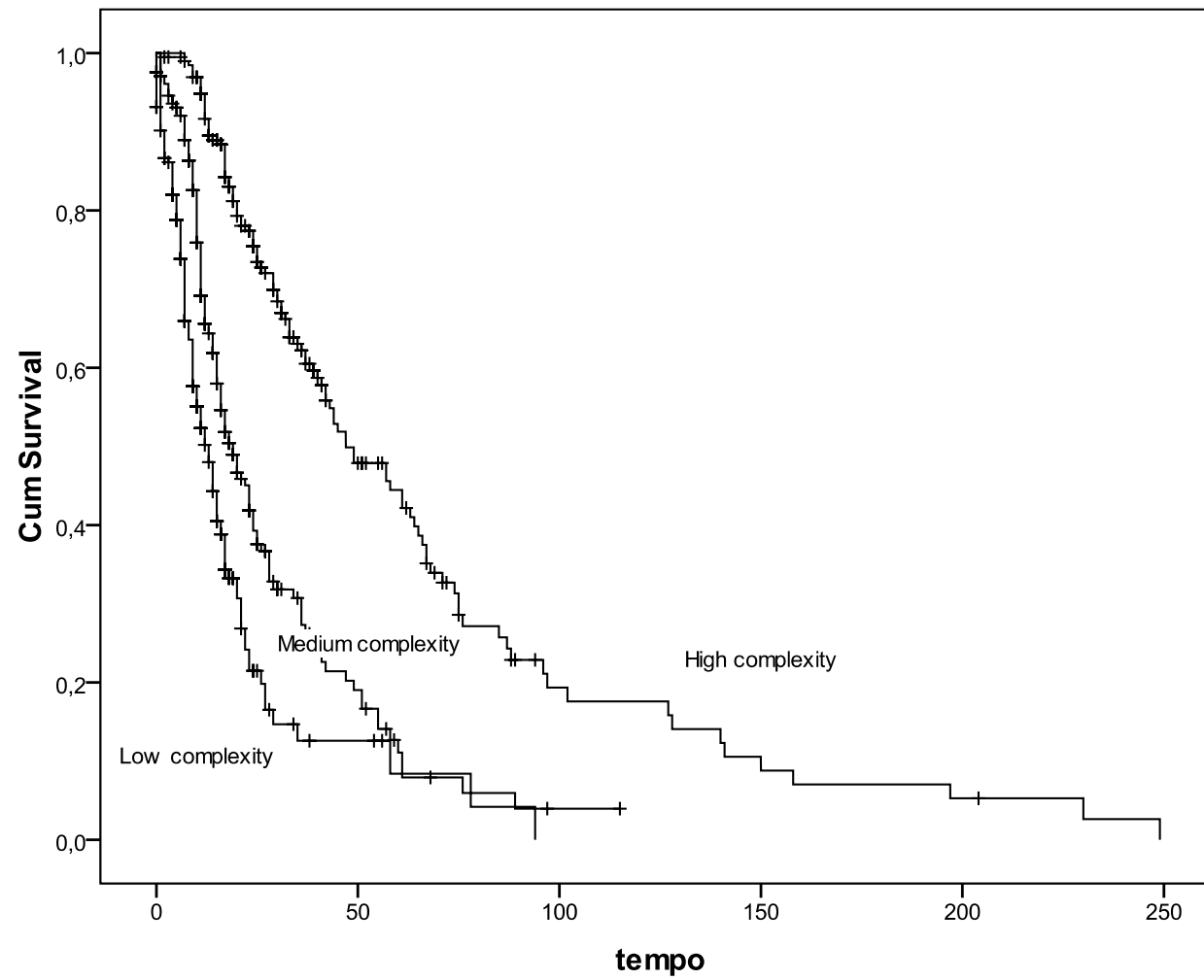


Figure 3. Kaplan-Meier curves of estimation for completion of treatment according to the complexity level (log-rank test – $p < 0.001$).

Table 3. Time of treatment by complexity levels among patients who completed treatment.

Complexity level	n	Mean (SD)	Median	95%CI	p*
Low	77	12.3 (10.4)	9.0	9.95 – 14.7	< 0.001
Intermediary	77	18.8 (19.6)	14.0	14.3 - 23.2	
High	91	32.1 (27.0)	29.0	26.4 – 37.6	
Total	245	21.7 (22.2)	15.0	18.9 – 24.4	

* One-way Anova

Table 4. Estimate of time for completion of treatment (CT) according to complexity levels and hazard ratios.

Complexity level	Events (%)	Censored (%)	Estimation of time for CT (95%CI)		Hazard Ratio	
			Mean	Median	HR (95%CI)	P
Low (n=255)	77 (31.4)	128	20.2 (15.1 – 25.2)	13.0 (10.1 – 15.8)	1	-
Intermediary (n=207)	77 (31.4)	130	28.8 (24.0 – 33.7)	19.0 (15.2 – 22.7)	0.54 (0.40 – 0.75)	< 0.001
High (n=199)	91 (37.2)	108	67.6 (55.7 – 79.5)	47.0 (34.8 – 59.1)	0.32 (0.23 – 0.45)	< 0.001
Total (n=661)	245	366	45.2 (36.4 – 48.6)	23.0 (19.6 – 26.3)	-	-

* 41 missing cases

Artigo 3

Clínica Integrada de Ensino Odontológica e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

RESUMO

A Clínica Integrada (CI) é uma disciplina pertencente aos currículos da odontologia desde a década de 70. Essa disciplina tem a integração dos conhecimentos e o atendimento odontológico generalista como pressupostos. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia (DCN) têm a integralidade como norteadora de sua construção. Em razão disso o objetivo foi estabelecer a interface entre a CI e as DCN. Utilizou-se a análise documental e bibliográfica. As duas entidades apresentaram o objetivo de formar um cirurgião dentista generalista e de propiciar o cuidado integral ao paciente. A característica preponderante da CI foi à intradisciplinaridade e a integração no campo odontológico, com ênfase no adestramento manual e na construção de um plano de tratamento. Já as DCN têm a integração e a integralidade do cuidado em saúde como ideário a ser alcançado.

Palavras chaves: Clínica de Ensino; Odontologia; Diretrizes Curriculares Nacionais

INTRODUÇÃO

A odontologia se desenvolveu como campo específico do conhecimento e de prática profissional, criando técnicas para solucionar os principais problemas bucais e a partir das necessidades de saúde na sociedade e se estruturou como uma profissão. A Europa foi o berço da Odontologia científica com Pierre Fauchard, que publicou o livro, “O cirurgião- dentista: Um tratado sobre os dentes”, em 1728. Essa obra é considerada um marco na odontologia moderna por ter propiciado a separação da odontologia como campo independente de atuação (NOVAES 1998, SILVA; SALES – PERES; ALMEIDA et al 2007).

No século XIX cria-se a primeira escola especializada na prática odontológica, em Baltimore, Maryland em 1840, nos Estados Unidos (CHAVES, 1986, ROSENBLAT; SILVA; CALDAS JUNIOR, 2001, SILVA; SALES – PERES, 2007).

No Brasil os cursos superiores de odontologia iniciaram nas Faculdades do Rio de Janeiro e na Bahia em 1884 (ROSENBLAT; SILVA; CALDAS JUNIOR, 2001). O

currículo era composto pelas matérias de física elementar, química mineral elementar, anatomia descritiva da cabeça, histologia dentária, fisiologia dentária, patologia dentária, terapêutica dentária, medicina operatória e cirurgia dentária (ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 2010).

Com as transformações no mundo do trabalho, o crescente desenvolvimento científico e tecnológico, mudanças nos fatores culturais e socioeconômicos e as influências de instituições ligada a prática do cirurgião dentista propiciaram modificações nos currículos com alterações de carga horária e a inclusão e exclusão de disciplinas (VIEIRA, 1974).

Na década de 80, no Brasil surgiram novas propostas no ideário do sistema de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS trouxe os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade como princípios norteadores das políticas no setor saúde e por conseqüência a exigência de novos perfis dos profissionais da área da saúde. Desse novo profissional é requerido novas habilidades e competências e a capacidade de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde (ITO; PERES; TAKARASHI; JANUÁRIO LEITE, 2006).

A Clínica Integrada é um espaço /cenário de ensino pertencente aos currículos dos cursos de odontologia desde a década de 70. Caracteriza-se por ter na sua concepção filosófica, a integração de todos os conhecimentos adquiridos pelo aluno, na sua formação. Isso é, tem a totalidade do atendimento odontológico generalista como pressuposto, entendendo-o como uma construção histórica (MATTOS, 2008).

O sistema de Clínica Integrada no ensino odontológico (CI) foi oficialmente introduzido no currículo brasileiro na forma de estágios em 1970 com o Parecer nº840/70 do Ministério da Educação e Cultura e recebeu a denominação de “Estágio em Policlínica”. Esse estágio poderia ser desenvolvido intra e extra instituição (BARRETO et al, 2009, VARGAS; VASCONCELOS, 1998). O objetivo dessa nova disciplina foi desenvolver nos alunos o exercício clínico e de possibilitar uma formação generalista (BRASIL, 1982). Esse complemento à formação desenvolvia-se no último ano e agregava algumas disciplinas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia – DCN, promulgadas em 2002, pelo Ministério da Educação têm a integração e a integralidade como norteadora de sua construção (CECCIM; FEUERWERKER, 2006). Em razão disso o objetivo do presente estudo foi estabelecer a interface entre a clínica Integrada de ensino odontológica e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia.

Clinica Integrada de ensino odontológica

A criação da CI é creditada a Faculdade de Odontologia da Universidade de Antioquia, México em 1954. A disciplina de "Clínica Integral" foi criada com o intuito de sanar dificuldades encontradas e descritas pelos egressos na formulação de planos de tratamento de seus pacientes. Esta nova disciplina agregou em uma única clínica de ensino diversas especialidades e instituiu o tratamento integral de todas as necessidades dos pacientes em um mesmo espaço clínico (BOTERO, 1963).

A Universidade da Carolina do Norte, EUA foi considerada a primeira faculdade americana a implantar o sistema de clínicas de ensino que disponibilizava o cuidado integral ao paciente, e era estruturada de maneira multidisciplinar, em 1969 (EVANGELIDIS-SAKELLSON, 1999, SHUGARS, 1984).

Padilha (1998 apud I^o ENDFO, 1974, p.8) cita o 1^o. Encontro de Dirigentes de Faculdades de Odontologia (ENDFO) realizada em 1973, a CI foi o tema oficial, nesta reunião. Um grupo de trabalho sobre a CI foi formulado e algumas recomendações foram elaboradas:

- 1- *A Clínica Integrada é o adestramento técnico-científico do aluno procurando estabelecer um modelo de conduta e de atividades, semelhante ao exercício profissional em ambiente real de trabalho.*
- 2- *A duração mínima recomendável é de 225 horas/aluno.*
- 3- *A Clínica Integrada deverá desenvolver-se durante o último semestre letivo, de forma isolada e não progressiva.*
- 4- *Na Clínica Integrada o aluno deverá realizar tarefas pertinentes aos conhecimentos adquiridos em: diagnóstico bucal, radiologia, periodontia, cirurgia, endodontia, dentística e prótese, observados os princípios da Economia e da Ética Profissionais.*
- 5- *Da Clínica Integrada participarão docentes indicados pelos Departamentos, sob a supervisão de um professor escolhido por órgão competente.*
- 6- *As atividades de Clínica Integrada deverão ser realizadas sempre no mesmo ambiente de trabalho.*

- 7- *A qualificação dos pacientes para a Clínica Integrada, será feita pelo setor responsável pela triagem.*
- 8- *A avaliação do aluno na Clínica Integrada deverá ser feita através de frequência e dos conceitos emitidos pelos docentes, durante a execução das várias fases das tarefas.*
- 9- *Respeitadas as especificidades do item 1, poderão ser computadas como de Clínica Integrada, as atividades extra-muros, desde que não incluídas na carga horária mínima fixada no item 2.*

A Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) na XV Reunião, realizada em Fortaleza em 1978 adotou a CI como tema oficial. O relatório produzido continha quatro recomendações:

1. *“A Clínica Integrada é um sistema educacional através do qual o processo ensino-aprendizagem, desenvolvido sob a forma de disciplina, objetiva treinar o aluno para integrar conhecimentos, habilidades e valores adquiridos ao longo do curso, de modo a proporcionar ao paciente o atendimento global das necessidades evidenciadas. Conceitualmente deve estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento, com vistas a preservar a integridade da saúde bucal.*
2. *A clínica Integrada é considerada imprescindível à complementação da preparação do profissional cirurgião - dentista, devendo, portanto, existir no currículo odontológico como disciplina.*
3. *O corpo docente da Clínica Integrada deve ser fixo, atuando por período determinado de funcionamento da Clínica visando a saúde do paciente, como um todo.*
4. *A homogeneidade do corpo docente da Clínica Integrada será obtida pela existência de professor universitário consciente das necessidades de integração das diversas áreas do currículo odontológico, dentro do contexto global ensino-aprendizagem; tal fato só será conseguido mediante uma mudança de ATITUDE, em relação à situação atual (PADILHA, 1998 (Apud XV Reunião ABENO, 1978. p.2).*

Nesses documentos a prática e o treinamento manual foram o foco prioritário dessa nova disciplina. A CI e o curso como um todo também tinha o objetivo de formar o clínico geral, que para Vieira, 1974 era o profissional que sabia ver no paciente um todo orgânico, fisiologicamente, mental e socialmente. Era o cirurgião dentista que possuía uma visão médica dos agravos encontrados na boca. No Parecer nº 370/1982 do Ministério da Educação e Cultura, que trata do currículo mínimo para a graduação em Odontologia, o objetivo do curso de odontologia era formar um cirurgião dentista clínico geral, que era conceituado como um profissional voltado para os problemas bucais, com visão preventiva e social e apto a atuar na comunidade.

É importante resgatar a presença da disciplina de Clínica Odontológica presente em alguns dos currículos brasileiros, desde 1915, quando esses cursos eram feitos em três anos. Ela aglutinou as disciplinas de dentística, endodontia e periodontia em

uma única matéria. No entanto, o tempo destinado a ela não foi suficiente para que a doutrina da integração multidisciplinar acontecesse e com a posterior separação dessas matérias, em disciplinas independentes, nos currículos subsequentes, a integração no ensino não obteve êxito (VIEIRA, 1974).

A CI tradicionalmente foi desenvolvida dentro dos muros das faculdades de odontologia, com poucas exceções e esse também sempre foi um motivo de discussão, constituindo um espaço artificialmente engendrado entre as diferentes especialidades e uma “realidade” a ser vivenciada pelo aluno (MATTOS, 2006).

Mattos (2008) cita que a estruturação de currículos a partir da CI e sua visão de cuidado integral não é a mesma coisa que a integralidade prescrita pelo SUS. A CI desenvolvida intra muros e a presença apenas dos aspectos odontológicos direciona para o risco de isolamento da profissão dentro de sua prática centrada no consultório particular.

Padilha (2002) destaca com base em revisões bibliográficas, que a origem e criação da CI é devido a especialização precoce, isso é, a escolha antecipada, por parte dos alunos, de campos de atuação específicos antes da conclusão do curso. Apesar do discurso hegemônico de que o seu objetivo era o de possibilitar ao estudante integrar o conhecimento obtido nas diversas disciplinas ministradas de forma fragmentada.

O conceito de disciplina é dado a um conjunto de estudos e atividades que corresponde a um subcampo de uma matéria (PILETTI, 1991). Já Aiub (2006) coloca o conceito de disciplina e matéria como sinônimas e descreve-as como um tipo de saber específico, com conhecimentos e métodos próprios de apreensão e um corpo de conhecimento constituído. Nesse trabalho utilizaremos os dois conceitos como o citado por Aiub (2006). Já estágio supervisionado é o ato educativo supervisionado que visa ao aprendizado de atividades próprias da atividade profissional (BRASIL, 2008). Werner (2006) cita que o estágio supervisionado é um instrumento de integração e reflexão do aluno com a realidade socioeconômica e cultural da região a partir da realidade da sua profissão. Essa atividade educativa pode ser realizada intra e extra muros.

Tedesco (1995) cita que a filosofia da CI é o cuidado integral do paciente odontológico e que a organização da disciplina deve ser permeada por esse pressuposto.

O conceito de cuidado integral em saúde foi sendo historicamente construído, inicialmente se referia ao atendimento de todas as necessidades instaladas do paciente, numa perspectiva curativa e após a implantação do SUS, a referência de cuidado integral é o conceito de integralidade. O conceito de integralidade foi sendo paulatinamente construído dentro da área da saúde. Inicialmente era designado como o atendimento integral, um dos princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 1988), e posteriormente recebeu essa nova denominação. Mattos (2008) apresenta a integralidade como um valor que se expressa na maneira como os profissionais respondem a seus pacientes. Isso se configura na alocação de todos os conhecimentos da prática biomédica para o cuidado do paciente na cura das doenças e isso com uma visão mais abrangente das necessidades gerais dos indivíduos. Essa atuação pressupõe a multidisciplinaridade e o trabalho em equipe. A integralidade é também entendida como uma atenção em saúde que incluía ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Com o acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde (BRASIL, 2009).

A implantação da disciplina de CI no Brasil é relatada primeiramente no currículo da Faculdade de Uberlândia, Minas Gerais, em 1973. A CI localizava-se do 5º semestre ao 8º semestre, com carga horária variável e com uma graduação nas competências requeridas dos alunos (VIEIRA, 1974). Nas outras faculdades essa implantação deu-se posteriormente, nas décadas de 70 e 80, na forma de estágio ou disciplina, com cargas horárias diferenciadas e localização variada dentro do currículo (PADILHA et al, 1995, TABACOFF, 1977)

O **Quadro 1** apresenta alguns estudos que utilizaram a Clínica Integrada como objeto. Esses estudos abordaram diferentes aspectos da Clínica Integrada desde o seu papel na formação do profissional até o tipo de paciente e tratamento ofertado nesse cenário de prática. No entanto, continua restrita na literatura disponível estudos que abordam as repercussões, avaliações e análises da CI na formação do cirurgião-dentista a partir do seu papel historicamente construído.

Padilha et al (1995) descrevem o desenvolvimento da CI nas instituições de ensino odontológicas brasileiras e concluem que as CI não satisfaziam as diretrizes propostas pela legislação, os conceitos e objetivos atribuídos a disciplina e a orientação filosófica preconizada.

Padilha (2002) cita que a inclusão da disciplina de CI nos currículos odontológicos brasileiros foi fora do padrão normal. O autor pontua que usualmente a criação de novas disciplinas nas graduações vem como consequência de práticas consolidadas na profissão e com grande aceitação no mercado de trabalho, o que não foi o observado nessa disciplina. Carvalho (2006) acrescenta ainda que a criação da CI no Brasil gerou intensas discussões, pois essa disciplina rompia com o *status* vigente nas cátedras e departamentos acadêmicos, estabelecia o cuidado integral do paciente por um mesmo aluno e gerava o compartilhamento do conhecimento, por parte dos professores e, por conseguinte da identidade individual das disciplinas já estabelecidas, o que gerou desconforto no meio acadêmico.

Esse mesmo autor cita ainda que essa disciplina não cumpre com os objetivos educativos propostos, visto que os alunos saem das faculdades com grandes dificuldades em serem generalistas, pois já são quase especialistas ao se graduarem. O autor considera que a CI é uma disciplina na contra mão do mercado de trabalho, é inviável, pois existe uma grande lacuna entre o falar e o fazer. Pontua ainda que a unicidade da CI, e de seus pressupostos, dentro do currículo e de todo o processo educacional não consegue se contrapor a estruturação fragmentada e em especialidades que caracteriza a formação do cirurgião dentista. No entanto, considera que a CI é um espaço acadêmico privilegiado para a integração dos conhecimentos, pois congrega em um mesmo espaço toda a prática odontológica generalista.

Carvalho (2006) aponta que na esteira das discussões sobre as dificuldades de implantação da proposta da CI a formação docente, também se constituía em empecilho para a implantação da proposta, uma vez que o mesmo não tinha uma formação generalista, por isso surgiu dentro da ABENO a proposta de estruturação de cursos de especialização – pós-graduação visando à formação de docentes para a clínica integrada.

Barreto et al (2009) citam a grande dificuldade de comparar as diversas CI das instituições de ensino e credita isso a grande variação encontrada nos currículos quanto aos objetivos, conteúdos, pressupostos e carga horária dedicada a ela nas faculdades. É importante ainda acrescentar que além do anunciado nos documentos que orientam os cursos deve-se levar em conta a percepção e concepção de CI que permeia o fazer dos docentes dessa disciplina, como outro fator dificultador dos estudos sobre o tema.

Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia

As DCN foram promulgadas pelo Ministério da Educação em 2002 por meio da Resolução CNE/CES 3 de 19/02/2002. Morita e Haddad (2008) citam que as DCN configuraram-se como um elemento de convergência entre os setores da saúde e da educação e que a elaboração da DCN contou com uma ampla discussão, para sua construção, nas duas esferas de atuação.

Mattos (2008) pontua que as DCN trouxeram uma maior flexibilidade nos currículos e o empoderamento das instituições para construir seus cursos de odontologia com a possibilidade de inclusão das necessidades do contexto de sua localidade.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 estabeleceu novas normas para a educação superior. Extinguiu os currículos mínimos para a graduação e permitiu a flexibilização na formação (BRASIL, 1996). Essa nova lei abriu espaço para a construção futura das DCN.

Na proposta das DCN, como discutida pela Rede Unida havia uma aposta na construção de projetos político-pedagógicos coletivos onde alguns princípios pudessem ser contemplados. Tais como os currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas para o processo de ensino e aprendizagem, a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, o equilíbrio entre teoria e prática, a diversificação dos cenários de aprendizagem, o processo ensino aprendizagem ser realizado através de metodologias problematizadoras, a educação ser centrada no aluno, visto como sujeito da aprendizagem, dentre outros (TAN; HILE, 2010).

Para esses interlocutores da proposta das DCN as mudanças na formação se efetivariam por meio de mudanças na própria concepção do processo de ensino-aprendizagem. Portanto, a centralidade desse processo de inovação, reside no projeto pedagógico que cada grupo de atores, em cada faculdade da área da saúde tivesse a capacidade de construção articulada e mediada pelas condições locais de produção da aprendizagem.

As DCN têm com objetivos formar competências e habilidades de um novo profissional e recomenda um novo fazer pedagógico, onde a prática do ensino seja centrada no aluno e as ações odontológicas compreendam os aspectos individuais e coletivos na sua determinação (BRASIL, 2002).

O objetivo da DCN é formar um cirurgião dentista generalista, que é conceituado como um profissional humanista, crítico e reflexivo e capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Capacitado a compreender a realidade social, econômica e cultural de sua localidade.

Há um hiato importante a se analisar que é a lei e os instrumentos legais e a sua aplicabilidade. Nos estudos que se propõe analisar as DCN esse hiato muitas vezes não é considerado. O cenário que se construiu do ponto de vista legal para que as DCN na área da saúde se mostrou muito propício para a sua consolidação, por meio de Superintendência de Educação e Gestão do Trabalho setor do Ministério da Saúde que adotou a Política de Educação Permanente em Saúde e promulgou editais que propuseram a financiar os cursos da área da saúde que quisessem desenvolver experiências de reorientação da formação dos profissionais de saúde, prática essa muito adotada pelos organismos internacionais, principalmente pela Organização Pan - americana de Saúde, no processo de legitimação de mudanças (QUEIROZ, 2006)

Casotti (2009) considera a DCN como uma conquista, mas descreve o desagrado de alguns setores, principalmente o acadêmico, com essa abertura da formação as pressões do mundo do trabalho a lógica produtiva e ao enfraquecimento das universidades no estabelecimento de processos educativos. Morita e Haddad, 2008 discordam dessa afirmação.

Interface entre a Clínica Integrada e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Na análise entre os pressupostos da CI e as DCN observa-se que os objetivos da CI é a interdisciplinaridade dentro do campo odontológico e o aglutinamento das disciplinas em uma mesma clínica. A destreza manual e a confecção de um plano de tratamento odontológico completo são também objetivos prioritários da disciplina. Já as DCN têm a integralidade da atenção em saúde como ideário a ser alcançado.

Mattos (2006) ao analisar as DCN e a CI pondera que o descrito como a integração dos conhecimentos nas DCN é de fato uma ampliação e valorização dos pressupostos da CI, pois no texto da Resolução da DCN, no art 4º no item I refere-se que atenção a saúde é uma das competências gerais do cirurgião-dentista, mas ao descrever essa competência que é comum a todos os profissionais da área da saúde aponta para a perspectiva de uma prática profissional integral, integrada e resolutive, pois cabe ao profissional, como princípio ético resolver o problema de saúde do indivíduo ou coletividade. No entanto, a autora analisa que ao especificar que a atuação do profissional deva-se restringir a sua área de competência, restringe-se aos cuidados odontológicos, e não dá saúde. Outra competência geral prevista nas DCN é o trabalho em equipe, portanto coerente com a restrição proposta, pois não prevê um trabalho interdisciplinar, extrapolando as competências específicas e legalmente constituídas de cada profissão, como discutido por Feuerweker e Sena (2010).

As modificações induzidas pelas DCN são na realidade fruto de um processo de construção de práticas educativas nas diversas instituições de ensino da odontologia no país. As clínicas comunitárias iniciadas com a experiência da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, o estágio rural da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (MATTOS, 2006) que foram sendo reproduzidos como experiências exitosas no ensino tinham como finalidade formar um profissional apto a atuar na realidade, modificando-a, capaz de executar ações mais integrais e principalmente entender a saúde, como um processo. Discurso construído ao longo de quase cinco décadas que se faz presente nas diretrizes que orientam a formação de todos os profissionais de saúde brasileiros, e, especificamente do cirurgião-dentista. Nesse

contexto, a clínica integrada como disciplina integradora perde a sua centralidade, pois a integralidade do conhecimento deve se dar ao longo do curso e em diferentes espaços de prática e em complexidade crescente. Portanto, está subjacente na proposta das DCN uma concepção de currículo articulado, onde a construção do conhecimento é um processo mediado por vários atores individuais (docentes de uma especialidade) e coletivos (atividades sínteses, SUS e outros locais de prática), em diferentes espaços (dentro dos cursos, unidades de saúde com diferentes níveis de complexidades, equipamentos sociais e serviços complementares ao SUS). Os cenários de práticas realizados ao longo do curso e feitos nos serviços de saúde e envolvendo diversas profissões são a aposta das DCN na integralidade da formação em saúde.

Considerações finais

A CI e as DCN têm em comum o pressuposto do cuidado integral ao paciente, apesar desse conceito ter sido alterado com o tempo e ser entendido de maneira diversa nas duas entidades abordadas. Para a CI, na época de sua formulação o cuidado integral significava o tratamento dos problemas bucais apresentados pelo paciente. Já nas DCN esse cuidado é ampliado para o cuidado em saúde, nas suas diferentes vertentes. Isso significando os aspectos assistenciais odontológicos, de acordo com a complexidade do caso clínico com a extensão para o trabalho em equipe e os diversos saberes da área da saúde incluindo aqui suas inter-relações com outros campos da vida.

A formação do cirurgião dentista, clínico geral na CI e o generalista na DCN apresentam alguns pontos em comum, que são a excelência técnica, a prática preventiva e social. Nos currículos anteriores a DCN o clínico geral a ser formado estava restrito quase exclusivamente ao campo odontológico e aos aspectos técnicos da profissão. Esse profissional é aquele que consegue executar procedimentos clínicos básicos e interdisciplinares dentro do campo da odontologia. Já nas DCN esse profissional generalista tem que ter competências que extrapolam a prática clínica odontológica e ter habilidades que o instrumentalize para articulações em outros campos de saber.

Esse estudo é de alguma maneira provocativo, pois não se propôs a aprofundar todos os aspectos da CI e DCN, mas sim resgatar alguns conceitos básicos utilizados e os pressupostos que ancoraram essas propostas.

Referências

1. Aiub, Mônica. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. *O mundo da Saúde*: São Paulo, v.30, n.1, p.107-116, jan-mar. 2006.
2. Barreto, Byron Daia; Ferreira, Josemar Martins; Sena Filho, Marcondes et al, Talita Souza. *Análise das Clínicas Integradas de Atenção Básica da FOUFG: Integralidade e mudança curricular*. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás, 2009.
3. Botero, Alberto Arango. Por qué decididimos crear una clinica integral em nuestra facultad. La experiencia que hemos tenido. In: *Primeiro Seminário Latino Americano sobre Ensenanza de La Odontologia*. Bogotá- Colômbia: Organização Pan Americana de Saúde. 1963.
4. Brasil. Conselho Federal de Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Currículo Mínimo do Curso de Odontologia. Parecer nº 840/70, aprovado em 11 de novembro de 1970. *Documenta*, Brasília, v.260, p.46-54. 1982.
5. Brasil. Constituição Federal. Brasília, 1988
6. Brasil. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Diário Oficial da União, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *SUS de A a Z*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.
9. Brasil. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Ministério da Educação e Cultura. Brasília – DF: Ministério da Educação e Cultura, 1996.
10. Cassoti, Elisete. *Odontologia no Brasil. uma (breve) história do pensamento sobre o ensino*. Tese (Doutorado) - Núcleo de Tecnologias Educacionais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. 2009.

10. Ceccim, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410. set- out . 2004.
11. Chaves, Mario. *Odontologia Social*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas. 1986.
12. Escola Anatômica , Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*. Disponível em <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/>. Acesso em 10 fev. 2011.
13. Evangelidis- Sakellson, V. Student productivity under requirement and comprehensive care systems. *J. Dent. Educ*, v. 63, n. 5, p. 407-413, 1999.
14. Feuerwerker, Laura. Camargo. Macruz, Sena, Roseni. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Rev. Olho Mágico*, nº 18, março, 1999. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>, acesso 10 de abr. 2010.
15. Ito, Elaine Emi; Peres, Aínda Mares; Takarachi, Regina Toshie et al . O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: Utopia x realidade. *Rev. Esc. Enferm USP*. São Paulo, v.40, n.4, p. 570-575, 2006.
16. Mattos, Danielle. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: Encontros ou desencontros? In: Macau Lopes , Mônica. Guimarães. *Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro - RJ: Editora Rubio, 2008.
17. Mattos, Danielle. *As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde: Um, a análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe*. Dissertação (Mestrado) - Núcleo de Tecnologias Educacionais . Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2006.
18. Morita, Maria Celeste; Haddad, Ana Estela. Interface da área da Educação e a Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: Moyses, Simone Tetu; Kriger, Léo; Moyses, Samuel. Jorge. *Saúde Bucal das Famílias*. São Paulo-SP: Artes Médicas, 2008.
19. Novaes, Heliogonda Maria Dutilh. Tecnologia e Saúde: A construção Social da Prática Odontológica. In: Botazzo, Carlos, Freitas, Sérgio Fernando Torres. *Ciências Sociais e Saúde Bucal*. São Paulo – SP: Edusc. 1998.
20. Padilha, Wilton Wilney Nascimento; Medeiros, Ernesto Piloto Gomes; Tortamano, Nicolau Rocha. O desenvolvimento da disciplina de Clínica Integrada

nas instituições de ensino odontológico no Brasil. *RPG: São Paulo*, v.2. n. 4,p.193-198. jan.1995.

21. Padilha, Wilton Wilney Nascimento. Promovendo Saúde em Clínica Integrada. In: *Inovações no Ensino Odontológico*. João Pessoa – PB: APSSB, 2002.
22. Padilha,Wilton Wilney Nascimento. *Análise da situação do ensino da disciplina de Clínica Integrada nos cursos de Graduação em Odontologia: evolução, modelo pedagógico e enfoque curricular*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo - SP. 1998.
23. Piletti,Carlos.*Didática Geral*.São Paulo: Editora Ática, 1991.
24. Queiroz, Maria Goretti. *O Ensino da Odontologia no Brasil. Concepções e Agentes*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação,Universidade Federal de Goiás, Goiânia – Goiás, 2006.
25. Rosenblat, Aronita; Silva, Emanuel Dias Oliveira; Caldas Júnior, Arnaldo França. Novas Diretrizes curriculares para o ensino de Odontologia. In: Arruda, Bertoldo Kruse Grande (org). *A Educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Ministério da Saúde, 2001.
26. Shugars, Dean. A.The challenge of a Total Patient Care System in Dental Education: The University of North Carolina Experience. *J.Dent.Educ*: New York, v.48, n.6, supl, p.43-44, jul. 1984.
27. Silva, Ricardo Henrique Alves, Sales – Peres, Arsênio, Almeida, Carina Thais et al. O estudante de Odontologia e a questão dos estágios. *Rev . ABENO*: Londrina – Pr,v.7, n.1, p 13-19. 2007.
28. Tabacof, Germano. *Currículos Odontológicos Nacionais*. Salvador – BA: Universidade Federal da Bahia.Faculdade de Odontologia, 1977. mimeograf.
29. Tan, Toshirito; Hille Aldo Luiz. Estágio no Curso de Odontologia. *Rev. Olho Mágico*, Londrina – Pr v.1, n. 16, ano 4, Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/especial.htm>. Acesso em 29 mar, 2010.

30. Tedesco, Lisa Anne. Issues in Dental Curriculum Development and Change. *J. Dent.Educ*: New York, v.59, n.1, p.97-147, 1995.
31. Vieira, Dioracy Fonterrada. *Planejamento de uma Faculdade de odontologia*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru, 1974.
32. Werner, Carlos Wagner. O estágio curricular supervisionado no processo de ensino – aprendizagem. In: Carvalho, Antônio Cesar Perri; Kriger, Léo. *Educação Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. Educação Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

Quadro 1-Estudos abordando a Clínica Integrada.

Referência	Local	Objetivo	Método	Resultado
TABACOF, 1977.	Brasil	Analisar os currículos odontológicos brasileiros	Estudo descritivo e documental	Das 59 FO pesquisadas, 25 responderam. Dentre estas 5 possuem a CI. Não existe um padrão quanto à carga horária, estrutura organizacional e nomenclatura dada a disciplina.
GOMES, BORGES, 1978.	América Latina	Propor diretrizes para o sistema de CI	Revisão bibliográfica	As diretrizes propostas foram ligadas a prática da formulação do plano de tratamento. Os professores da CI devem ser clínicos gerais e especialistas. O aluno deve ser responsável por todas as fases do tratamento e concluir o tratamento do paciente.
PADILHA, MEDEIROS, TORTAMANO, ROCHA, 1995	FO brasileiras	Identificar o desenvolvimento da disciplina de CI nas instituições de ensino odontológico	Estudo descritivo	Das 69 FO pesquisadas, 23 responderam e todas possuíam a CI, apesar de utilizarem nomenclaturas diferentes para essa disciplina. A apresentação da CI se dava na forma de estágio e/ou disciplina, O semestre em que se localizava variou do 5º ao 9º. A carga horária destinada a CI e as disciplinas incluídas variou também.
BRIHY, 1997	Clínicas de Ensino da FO/UNIP/SP	Avaliar o preenchimento das fichas clínicas nas Clínicas de Ensino	Análise crítica qualitativa e quantitativa das fichas clínicas	O preenchimento das fichas foi considerado de fraco a regular, denotando falta de capacidade dos alunos no trabalho na clínica.
POI, TAGLIAVINI, SONODA, CASTRO, PANZARINI, 1997.	FO/UNESP	Analisar o perfil da disciplina de CI	Análise documental	A CI iniciou em 1975, na forma de disciplina. O corpo docente é formado por clínicos gerais e especialistas. O critério para a inclusão de pacientes é que esses tenham no mínimo 3 especialidades e que a complexidade seja compatível com um clínico geral.
VARGAS, VACONCELOS, 1998	CI da FO/UFGM	Relatar a implantação da CI de Atenção Primária na	Revisão bibliográfica e documental	Implantou-se em 1992 as CI distribuídas ao longo do curso de graduação. Essa iniciativa ocasionou uma maior resolutividade e

		FO/UFG		conhecimentos dos alunos da clinica .
ALMEIDA, GAIÃO, PADILHA, 2001.	CI da FO/UFPB	Avaliar o impacto da assistência prestada na CI e a qualidade do ensino	Estudo transversal epidemiológico	O ensino deve ser reavaliado para produzir saúde.
ABREU, OLIVEIRA, 2002.	CI da FO da Universidade Estadual de Montes Claros/ UEMC/MG	Descrever características dos pacientes da CI e os procedimentos realizados.	Análise documental	Dos 115 prontuários analisados, a maioria eram mulheres com a idade média de 27,3 anos e residentes em cidades diferentes de Montes Claros. A ocupação do lar foi maioria (23,5%). Realizou-se 596 procedimentos odontológicos, sendo a dentística a mais prevalente com a resina composta a mais demandada (18,1%). Atividades educativas foram pouco relatadas, com a média de 0,3 por paciente.
ARAÚJO, ARAÚJO, MELO, BARROSO, 2002.	FO brasileiras	Apresentar um referencial teórico sobre o ensino odontológico e sobre a CI	Revisão bibliográfica	O ensino odontológico está sob a influência dos valores e ideologias encontradas na prática pedagógica. A CI está a responsabilidade de corrigir distorções do ensino, tais como a especialização precoce e o uso abusivo de tecnologias. A CI está se consolidando no cenário nacional.
GAIÃO, ALMEIDA, PADILHA, 2002.	CI da FO /UFPB	Identificar a prevalência de próteses dentárias nos pacientes	Estudo transversal epidemiológico	A maioria dos pacientes era do sexo feminino, A protese removível e a fixa foram as mais prevalentes (90%).
PAGANELLI, SILVA LIMA, FREITAS, BELOTI, 2003.	CI do Centro Universitário de Maringa/SP	Avaliar quantitativamente o atendimento ao paciente da CI de adultos no ano de 2002	Análise documental	A maioria dos pacientes foi do gênero feminino (62,2%).A faixa etária mais prevalente foi de 35 a 45 anos(26,2%).A dentística foi a maior demanda, apresentando a resina composta como a mais realizada(62,3%).
POI, TREVISAN, LUCAS, PANZARINI, SANTOS, 2003.	Brasil	Identificar a percepção dos cirurgiões dentistas sobre a disciplina de CI	Estudo descritivo	Das FO pesquisadas, 94, 8% citaram que a CI foi capaz de simular a prática da profissão, 92,3% pontuaram que a CI contribuiu para a adaptação do profissional no mercado de trabalho.

LEMOS, 2004.	CI da FO/UFUB	Analisar as contradições existentes entre o currículo formal e o currículo real da CI da FO/UFUB/MG	Estudo descritivo e documental.	A CI privilegia a formação técnica e não uma formação generalista ampla. A existência de um currículo oculto foi relatada além do currículo pleno. O programa preconizado pela CI não está sendo adotado na prática da disciplina. Alguns procedimentos não foram realizados pela maioria dos respondentes (Endodontia triradicular e próteses fixas).
TIEDMAN, LINHARES, SILVEIRA, 2005.	CI da FO/FURB	Revelar dimensões da relação acadêmico-paciente na Clínica Odontológica	Estudo quanti-qualitativo	Os usuários da CI eram em sua maioria da faixa etária de 31 a 51 anos, do sexo feminino (65%) e do lar (42%). A expectativa dos pacientes era que na CI obtivesse a conclusão e resolutividades dos seus problemas.
ARRUDA, SIVIERO, SOARES, COSTA, TORTAMANO, 2009	CI da FO/USP	Identificar as variáveis que interferem nos planos de tratamento realizados pelos alunos	Estudo documental	As intercorrências mais frequentes foram no tratamento endodôntico e próteses, ocasionando comprometimento na conclusão dos tratamentos odontológicos (21,3%).
BARRETO JÚNIOR, FERREIRA, SENA FILHO, PAULA FERREIRA, BRANDÃO, FLORENZANO et AL, 2009.	CI da FO/UFG	Compreender a mudança curricular da FO/UFG na perspectiva da integralidade mediante a análise comparativa da vivência em CI.	Estudo quanti-qualitativo	Os estudantes da nova Clínica de Atenção Básica (CAB) apresentaram maior produtividade na área educativa, preventiva e de terapêutica periodontal. A CI foi mais curativista. Os estudantes da nova matriz curricular conceituaram melhor Integralidade. A ficha clínica da CAB contemplou os aspectos da integralidade, resolutividade e ética, a da CI, o aluno a recebe com os campos da identificação, anamnese, inventário de saúde e exame físico já preenchido. Esse prontuário ainda possui ficha de encaminhamento para outras clínicas estimulando a fragmentação e baixa resolutividade da CI.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a metodologia utilizada e os resultados obtidos concluiu-se que: A implantação da disciplina de CI na FO/UFG desenvolveu-se de maneira análoga as outras CI no Brasil. A disciplina se comporta em alguns aspectos semelhantes a outras CI das Faculdades de Odontologia brasileiras, quanto a carga horária, localização no currículo, qualificação e tipo de docentes, perfil dos pacientes e especialidades que a compõe. Se diferenciando, no entanto, no nome recebido pela disciplina em algumas instituições, no número de alunos matriculados/ano, na organização e espaço disponível a disciplina e na maneira em que os alunos são avaliados.

Os alunos da CI da FO/UFG executam procedimentos classificados como básicos da sua área de atuação e os descritos nas ementas das duas disciplinas que compõem o sistema de CI, tendo, no entanto, a ênfase disciplinar, pois apresentam uma maior produtividade em procedimentos específica ao invés de ser no tratamento completado dos pacientes. O que se diferencia do recomendado pelas diretrizes estabelecidas pela disciplina que apresentam a integração dos conhecimentos adquiridos e o atendimento integral do paciente como objetivos.

O tempo médio de conclusão dos tratamentos odontológicos iniciados foi de dois anos o que pode ocasionar ao paciente, nesse tempo, uma agregação de novas necessidades e o agravamento de necessidades já existentes no momento da triagem.

A eficiência da CI foi descrita a partir do quantitativo de TC em relação ao número de consultas realizadas. Foi encontrado, nos anos analisados, que menos da metade dos pacientes agendados concluem seu tratamento podendo sugerir baixa eficiência.

A CI da FO/UFG é uma clínica de ensino que aglutinou diversas disciplinas e que tem o cuidado integral como pressuposto, apesar desse conceito ser o da década de 70, que apresentava o tratamento integral como a realização de todas as demandas clínicas do paciente. Que se mostra diferente do conceito atual do cuidado integral descrito nas DCN que tem o SUS e seus princípios como ideário a

ser alcançado, especificamente a integralidade da atenção em saúde e os cenários de prática como mais um campo de atuação do aluno.

Esse estudo se mostra relevante na medida em que proporciona conhecimento inovador da CI da FO/UFG e pode ocasionar mudanças sobre o processo de planejamento educativo e gerencial da clínica.

As limitações desse estudo residem em ter abordado o conceito da eficiência no seu aspecto educacional, o que restringiu a abordagem geralmente utilizada de produtividade que considera os recursos dispendidos. A inexistência de parâmetros de comparação quanto ao TC na CI da FO/UFG e em outras faculdades de odontologia brasileiras também se constituiu em uma limitação do estudo. O fato da amostra ter tido muitos prontuários excluídos, também foi um fator limitador do presente estudo.

Novos estudos abordando o processo diagnóstico realizado pelo aluno, o plano de tratamento e a autopercepção dos pacientes sobre a CI podem propiciar maiores subsídios para os professores e gestores da CI de ensino.

6 - REFERÊNCIAS

ABREU, M. H.N.G., OLIVEIRA, R. F. R. Características sociodemográficas dos usuários das Clínicas Integradas I e II do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Unimontes Científica**, v.4, n. 2, p.1 – 30, 2002.

AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O mundo da Saúde**, v.30, n.1, p.107-116, 2006.

ALMEIDA, R. U. D., GAIÃO, L., PADILHA, W.W.N. Avaliação do ensino odontológico em Clínica Integrada. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**, v.1, n.1, p.31- 44, 2001.

ARAÚJO, I. C., ARAÚJO, M. V. A., MELO, C. B., BARROSO, R. F. F. Trajetória nacional e internacional do ensino odontológico e a disciplina de Clínica Integrada nos cursos de Odontologia. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. v. 20, n.1, p. 69-73, 2002.

ARRUDA, W.B; SIVIERO, M; SOARES, M.S; COSTA, G.C; TORTAMANO, I.P., Clínica Integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. **RFO**, v.14, n.1, p.51 - 55, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. **Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos (VRPO)**. 2008

ÁVILA, S., SOUZA, L. M. M., CAVALCANTI, G. M. S., LUCAS, R. S. C. C., GRANVILEE-GARCIA, A. F., CAVALCANTI, A. L. Nível de satisfação e condição socioeconômica dos usuários das clínicas de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. **Rev Brasil. Pesq. Saúde**, v.12, n.2, p.39-45, 2010.

BARRETO, B.D., FERREIRA, J.M., SENA FILHO, M., FERREIRA, N.P., BRANDÃO, N.A., FLORENZANO, S., DANTAS, T.S. **Análise das Clínicas Integradas de Atenção Básica da FOUFG: Integralidade e mudança curricular**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade de Odontologia da UFG. Goiânia-Goiás, 2009.

BOTERO, A.A. Por qué decididimos crear una clinica integral em nuestra facultad. La experiencia que hemos tenido. In: **Primeiro Seminário Latino Americano sobre Ensenanza de La Odontologia**. Bogotá- Colômbia: Organização Pan Americana de Saúde. p.173-175,1963.

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

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRIHY, M. Avaliação do preenchimento das fichas de exame clínico usadas nas disciplinas de odontologia comparando-as com as da disciplina de Clínica Integrada (Ficha nova-UNIP). **Rev Inst. Cienc. Saúde** (Esp).p.27-30, 1997.

CHAN, Y.H. Biostatistics 203.Survival analysis.**Singapore Med. J.**, v. 45.n. 6, 2004.

CAMPOS, F.E. **Resolutividade: uma avaliação a qualidade dos serviços de saúde** [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1988. 250.p.

CARVALHO, A.C.P. Trajetória de Contribuição ao Ensino Odontológico. In: MENEZES, J.D. V; LORETTO, N.R.M. ABENO. **50 anos de contribuição ao ensino odontológico brasileiro**. Maringá-Pr, Dental Press, 2006. p.316.

CASOTI, E. **Odontologia no Brasil. Uma (breve) história no Brasil**. [Tese de Doutorado]. Núcleo de Tecnologias Educacionais. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.p. 107.

CHAVES, M. M; CUTHBERT, G. **A Hemisphere United**. Battle Creek, Michigan; W.K.Kellogg Foundation, 2003.p.108.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3ª Ed. Rio de Janeiro; Artes Médicas, 1986, p.448.

CHAVES, M.M. Saúde. **Uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro; Guanabara Dois S.A, 1982.p.89.

DAL POZ, M.R; PIERANTONIO, C.R; VARELLA, T.C. **Produtividade e desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde**. Organização Pan Americana de Saúde. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília. 1997.p.22.

DAWSON, B; TRAPP, R.G. **Bioestatística. Básica e Clínica**. 3ª. ed. Rio de Janeiro; Mc Graw Hill, 2003.p.350.

DONOFF, R.B.It time for a new Gies Report. **J.Dent.Educ.**, v.70, n. 8, p.809 -819. 2006.

ESCOLA ANATÔMICA, CIRÚRGICA E MÉDICA DO RIO DE JANEIRO. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/>. Acesso em: 21 jan, 2010.

EVANGELIDIS-SAKELLSON, V. Student productivity under requirement and comprehensive care systems.**J.Dent.Educ**,v. 63,n. 5, p.407- 413,1999.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA. Universidade Federal de Goiás. **Setor de Triagem**, 1997. mimeograf. p.8.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA. **Transformação do ensino na FO-UFG**. Disponível em: http://www.odonto.ufg.br/page.php?menu_id=3959&pos=esq&site_id=132. Acessado em: 04 abr. 2011.

FEKETE, M.C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Santana, P.J(org). **Organização do cuidado a partir de problemas. Uma alternativa metodológica para a atuação da equipe da saúde da família**. NESCON-UFGM: Organização Pan Americana de Saúde. Brasília, 2000.p.80.

FIELDS, M.J. (Ed). **Dental Education at the Crossroads.Challenges and Change**. Wahington: National Academy Press, 1995.p.437.

FORMICOLA, A.J. The Dental Curriculum: The interplay of pragmatic necessities, national needs, and Education Philosophies in Shaping its Future. **J. Dent. Educ**, v. 55, n. 5, p, 358-364, 1991.

FREIRE, M.C.M. **O Ensino da Odontologia Social no Âmbito dos Currículos Odontológicos – O caso da Faculdade de Odontologia da UFG.** [Monografia de Especialização].Goiânia: Faculdade de Educação – UFG: 1994. 104.p.

GAIÃO, L., ALMEIDA., R.V.D. PADILHA., W.W.N. Uso e necessidade de prótese dentária em pacientes da Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba. **Pesq. Bras. Odontoped. Clini. Integr.** v.2, n.2/3, p.96 - 102, 2002.

GOMES G.S., BORGES S.R. Clinica Integrada. **Rev. ALAFO**, v. 13, p.129-138, 1978.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: OLIVEIRA, R.G., GRABOIS, V., MENDES JUNIOR, W.V. **Qualificação de Gestores do SUS.** Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p.404.

HOLMES, D.C., TROMBLY, R. M., GARCIA, T.T., KLUENDER, R.L., KEITH, C.R. Student productivity in a comprehensive care program without numeric requirements. **J.Dent.Educ.**, v. 64, n.11, p.745 - 754, 2000.

JOHNSON, G. A Comprehensive care clinic in Swedish dental undergraduate education: 3 year report. **Eur.J.Educ**, v.3, p.148 - 152,1999.

KRABBE, P. F.M. Thurstone Scaling as a Measurement Method to Quantify Subjective Health Outcomes. **Med.Care**, v. 46, n. 4, p.357- 365, 2008.

LELES, C. R., DAL MORO, R.G. Princípios da Estatística. In: Estrela, C. **Metodologia Científica. Ciência. Ensino. Pesquisa em Odontologia.** 2ª. ed.Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2005. p.348.

LEMOES, C. L. S. Explicitando o Currículo Oculto da Clínica Integrada. **Pesq.Odontoped. Clin. Integr**, v.4, n.2, p.105 -112, 2004.

LUIZ, R. R.,COSTA, A.J.L., NADANOVSKY,P. **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p.473.

MAYDEU-OLIVARES, A., BÖCKENHOLT, U. Modeling Subjective Health Outcomes. **Med. Care**, v.46, n.4, p.1- 27, 2008.

MENEZES, J. D.V., LORETTO, N.R.M. **O Pensamento e a Obra: Homenagem ao Centenário do Prof. Paulino Guimarães Jr.** Recife-PE: EDUPE, 2008.p.72.

NOVAES, H. M. D. Tecnologia e Saúde: A construção Social da Prática Odontológica. In: Botazzo, C., Freitas, S.F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal.** São Paulo – SP: Edusc.1998.p.302.

OPPENHEIM, A.N. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement.** London: Pinter Publishers, 1992.p.298.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Development of methodology to measure productivity of human resources for health.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1991.p.24.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Primer Seminario Latinoamericano sobre La Enseñanza de La Odontologia.** Bogotá,Colômbia.Washington: OPAS, 1963.p.407.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Segundo Seminario Latinoamericano sobre La Enseñanza de La Odontologia.** México.Washington:OPAS, 1965.p.409.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Tercer Seminario sobre La Enseñanza de La Odontologia.** Bogotá, Colômbia. Washington: OPAS, 1968.p.387.

PADILHA, W. W. N., MEDEIROS, E. P. G., TORTAMANO, N., ROCHA. O desenvolvimento da disciplina de Clínica Integrada nas instituições de ensino odontológico no Brasil. **RPG**, v.2. n.4, p.193-198,1995.

PADILHA, W.W.W. Promovendo Saúde em Clínica Integrada. In: **Inovações no Ensino Odontológico.** João Pessoa – PB: APSSB, 2002.p.157.

PADILHA, W.W.N. **Análise da situação do ensino da disciplina de Clínica Integrada nos cursos de Graduação em Odontologia: Evolução, modelo pedagógico e enfoque curricular.**[Tese de Doutorado].Faculdade de Odontologia da USP. São Paulo-SP.1998.210.p

PILETTI , C. **Didática Geral.** São Paulo: Editora Ática, 1991.p.88.

QUEIROZ, M. G. **O Ensino da Odontologia no Brasil. Concepções e Agentes.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia – Goiás, 2006.

RANALI, J., LOMBARDI, I.A. Clínica Integrada - A experiência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP. In: CARVALHO, A.C.P., KRIGER, L. **Educação Odontológica.** São Paulo : Artes Médicas, 2006. p.367.

ROSENBLAT, A., SILVA, E.D.O., CALDAS JUNIOR, A.F. Novas Diretrizes curriculares para o ensino de Odontologia, In: ARRUDA, B,K,G.(org). **A Educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Ministério da Saúde, 2001. p.318.

ROUQUARIOL, M.Z, ALMEIDA, N. **Epidemiologia e Saúde.** 6ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.728.

SILVA, R. H. A., SALES – PERES, A, ALMEIDA, C. T., SALES – PERES, S.H.V. O estudante de Odontologia e a questão dos estágios. **Rev . ABENO**, v.7, n.1, p 13 -19. 2007.

SHUGARS, D. A. The challenge of a Total Patient Care System in Dental Education: The University of North Carolina Experience. **J.Dent.Educ**, v.48, n.6, supl, p.43 - 44, 1984.

TABACOF, G. **Currículos Odontológicos Nacionais.** Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia, 1977. 82p. mimeograf.

TEDESCO, L, A. Issues in Dental Curriculum Development and Change. **J. Dent. Educ**, v.59, n.1, p.97-147, 1995.

THUSTONE, L. L., CHAVE, E.J. **The measurement of Attitudes.** Chicago: University of Chicago Press. 1929. p.554.

TIEDMANN, C. R., LINHARES, E., SILVEIRA, J.L.G.C. Clínica Integrada Odontológica: Perfil e Expectativas dos Usuários e Alunos. **Pesq.Bras. Clin. Integr.**, v.5, n.1, p.53-58, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Resolução nº 215. Fixa o Currículo Pleno do Curso de Graduação em Odontologia.** Goiânia. 1984.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Faculdade de Odontologia. **Sumário das disciplinas da graduação em Odontologia. Clínica Integrada I.** 1992 a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Faculdade de Odontologia. **Sumário das disciplinas da graduação em Odontologia. Clínica Integrada II.** 1992b

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Resolução-CCEP N°337.** Goiás, 1992.

VARGAS, A.M.D., VASCONCELOS, M. A construção de clínica integrada de atenção primária da Faculdade de Odontologia de Universidade Federal de Minas Gerais: A experiência da Clínica Integrada I. **Arq. Odonto**, v.34, n.2, p.71- 81,1998.

VIEIRA, D.F. **Planejamento de uma Faculdade de Odontologia.** Bauru-SP: Universidade de São Paulo. 1974.p.182.

WERNER, C.W. O estágio curricular supervisionado no processo de ensino – aprendizagem. In: CARVALHO, A. C. P., KRIGER, L. **Educação Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 367.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.

ANEXO 2 - Tabela de Valores e Procedimentos Odontológicos da (VRPO) da Comissão de Convênios e Credenciamento da Associação Brasileira de Odontologia, 2008.

ANEXO 3 - Normas de publicação da Revista de Odontologia do Centro Oeste-ROBRAC

ANEXO 4 - Normas de publicação da Education Research Education

ANEXO 5 - Normas de publicação da Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos

ANEXO 6 - Aceite do artigo “Clínica Integrada de ensino odontológico: Perfil dos usuários e necessidades odontológicas” - da Revista Odontológica do Centro Oeste-ROBRAC

ANEXO 7- Aceite do artigo “A retrospective study of treatment complexity and efficiency in a Brazilian undergraduated comprehensive dental care program” da Revista Education Research International

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

19/03/09



PROTOCOLO No: 003/2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação:

- Título do projeto: Demanda por tratamento e preditores de resolutividade em clínica de ensino de graduação em odontologia.
- Pesquisador Responsável: Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis
- Instituição onde será realizado (instituição do pesquisador responsável): Faculdade de Odontologia da UFG
- Data de apresentação ao CEP/UFG: 12/01/09

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

II – Estrutura do Protocolo:

O protocolo apresenta todos os documentos exigidos pela Resolução CNS 196/96: folha de rosto do CEP/UFG, termo de compromisso dos pesquisadores envolvidos devidamente assinado, documento com a anuência do responsável, onde se desenvolverá a coleta de dados da pesquisa, projeto de pesquisa, cronograma, orçamento, currículo lattes dos pesquisadores e cópia digital do protocolo.

III – Resumo do Projeto e Indicação dos objetivos:

O objetivo do projeto é analisar as demandas por tratamento e os preditores de resolutividade das clínicas de ensino de graduação em odontologia na UFG. Tal estudo será observacional descritivo do tipo coorte retrospectivo conduzido no setor de atendimento ao público, na seção de arquivos da Faculdade de Odontologia da UFG. Analisar-se-á 1.200 prontuários de pacientes atendidos nos anos de 2005 a 2008. Pretende-se conhecer e identificar os fatores relacionados à resolutividade da Clínica Integrada da referida unidade acadêmica, pois a partir de conhecimentos inovadores a assistência ao paciente poderá ser mais produtiva e mais conclusiva e assim proporcionar tratamentos odontológicos mais humanizados e, este saber também poderá influenciar na organização e planejamento da CI odontológica.

IV – Projeto de pesquisa:

O cotidiano do atendimento e do processo educativo realizado na clínica integrada I e II transformado em informações significativas constitui um desafio e uma necessidade à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Estudos que possibilitam conhecimentos sobre estes processos podem fomentar mudanças que proporcionem uma atenção mais resolutiva ao paciente que procura a faculdade. Associado ainda, que o conhecimento construído poderá abrir possibilidades para discussões relativas à organização das clínicas de ensino odontológicas e ao processo educativo desenvolvido junto aos alunos em fase de conclusão de sua graduação. Portanto, o tema proposto para investigação e análise é de extrema relevância para a instituição formadora, pois proporcionará dados que darão suporte aos processos de gestão na instituição e das metodologias educativas utilizadas nestas disciplinas. Assim, a pesquisa busca analisar a demanda por tratamento e os preditores de resolutividade das Clínicas Integradas I e II da FO/UFG. Para tanto será realizada a caracterização do público atendido nestas clínicas e também serão investigados dados relacionados ao atendimento clínico odontológico bem como a identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores do processo de assistência odontológica desenvolvido no local. Trata-se de um estudo observacional tipo coorte retrospectivo que será desenvolvido no setor de Serviço de Atendimento ao Público (SEAP) na seção de arquivos da FO/UFG. O objeto da pesquisa serão os prontuários e fichas clínicas dos pacientes atendidos nas Clínicas Integrada I e II da FO/UFG no período de 2005 a 2008. Será realizada uma amostragem por conveniência. O SEAP organiza o acesso dos pacientes ao atendimento nas clínicas integradas, através de uma agenda anual com o nome, telefone, número de cadastro e dia de atendimento e se o tratamento do paciente foi concluído ou não. Os prontuários a serem pesquisados serão aqueles cadastrados nesta agendas. Será desenvolvido um formulário específico para esta pesquisa que será preenchido pelos registros encontrados nos prontuários e fichas clínicas dos pacientes atendidos considerando: variáveis de identificação, dados sócio demográficos, anamnese, estado de saúde, data de consultas, encaminhamentos, atendimentos, tratamento, semiologia, exame clínico, especialidades incluídas no atendimento, plano de tratamento, odontograma e procedimentos clínicos executados. Os prontuários a serem incluídos serão os cadastrados nos anos de 2005 a 2008 que estão arrolados nas agendas de atendimento e serão excluídos aqueles ilegíveis, os sem identificação do paciente e aquelas que forem de pacientes menores de 18 anos. Foi enviado ofício ao Diretor da FO/UFG solicitando a autorização para a manipulação de documentos arquivados no SEAP. Os dados serão coletados pela pesquisadora e alunos de graduação em odontologia previamente calibrados. O instrumento de coleta de dados será inicialmente analisado por experts da área de odontologia visando fazer adequações necessárias do mesmo e posteriormente realizar-se-á o estudo piloto em 10% da amostra. Serão formados dois grupos de estudo (coorte), sendo um com prontuários de pacientes que concluíram o tratamento odontológico e o outro de prontuários de pacientes em andamento. Será criado um banco de dados a partir do formulário construído. Comparações e análises dos dois grupos serão realizadas com as variáveis de interesse utilizando programa estatístico SPSS

(Statistical Package for Social Science) for Windows (versão 15.0). A pesquisa iniciará em 2009 e finalizará em 2011 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG. Os dados coletados dos prontuários dos pacientes serão manipulados com cuidado e privacidade e a confidencialidade dos sujeitos pesquisados será resguardada e respeitada. O material coletado será para o uso exclusivo do estudo e os resultados serão divulgados em periódicos científicos sejam eles favoráveis ou não. Os benefícios da pesquisa para as pessoas envolvidas será a possibilidade de um melhor planejamento das disciplinas clínicas de ensino da instituição ocasionando em consequência, uma melhor assistência odontológica aos usuários e um aumento na resolutividade dos tratamentos odontológicos.

Sugestão do comitê: Substituir o termo "sujeitos da pesquisa" por casuística ou objeto de pesquisa.

V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:
Não se aplica.

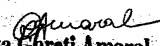
VI – Parecer do CEP:
O parecer, S.M.J. deste comitê, é pela Aprovação.

Obs.: Observar datas de entrega dos relatórios parciais e final.

VII – Data da reunião: 16/03/2009

Assinatura do(a) relator(a):

Assinatura do(a) Coordenador(a) CEP:


Rita Goreti Amaral
Coordenadora do CEP/PRPPG/UFG

ANEXO 2 – Tabelas de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos – ABO,2008.

 Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro 		
VRPO – Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos		
Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos – Comissão Estadual de Convênios e Credenciamentos (Valores atualizados pelo INPC-IBGE 7,56% de 1º/8/2007 à 30/7/2008 publicado dia 18/08/2008)		
CATEGORIA DE SERVIÇOS	CÓDIGO	
0 - Diagnóstico	100 - 490	
1 - Prevenção	500 - 590	
2 - Odontopediatria	600 - 890	
3 - Dentística	900 - 1990	
4 - Endodontia	2000 - 2990	
5 - Periodontia	3000 - 3990	
6 - Prótese	4000 - 4990	
7 - Cirurgia	5000 - 5990	
8 - Ortodontia	6000 - 6990	
9 - Radiologia	700 - 790	
100 - 490 DIAGNÓSTICO		
100 - 190 Exame Clínico		
110 Consulta Inicial: Exame clínico e plano de tratamento	0151-97	68,40
120 Urgência: Noturna, sábado, domingo ou feriados	0288-73	129,95
130 Avaliação Técnica: Perícia inicial ou final	0112-55	50,65
140 Falta a Consulta	0122-33	55,06
OBS Urgência Noturna = dias úteis de 22.00 hs às 06.00 hs		
200 - 390 RADIOLOGIA		
210 Periapical	0025-97	11,69
220 Interproximal (Bite-Wing)	0025-97	11,69
230 Oclusal	0058-18	26,19
240 Rx Postero-Anterior	0128-06	57,64
250 Rx da ATM Série Completa (três incidências)	0244-94	110,24
260 Panorâmica	0116-28	52,33
270 Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	0155-55	70,01
280 Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado	0128-00	57,61
290 Rx da Mão (Carpal)	0139-21	62,66
300 Modelos Ortodônticos (par)	00135-5	60,99
310 Slides (unidade)	0024-58	11,06
320 Fotografia (unidade)	0024-03	10,82
400 - 490 TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO		
410 Teste de Risco de Cárie, pH, Capac. Tampão ou Fluxo Salivar	0096-67	43,51
OBS: Valor individual para cada tipo de teste		
500 - 590 PREVENÇÃO		
510 Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarcadas)	0140-88	63,41
520 Orientação de Higiene Bucal	0100-00	45,01
530 Aplicação Tópica de Flúor (excluindo profilaxia)	0080-43	36,20
540 Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	0079-79	35,61
550 Trat. de Gingivite-Terapêutica básica (2 hemiarcadas)	0184-55	83,06
OBS Procedimento realizado pelo clínico geral e todas as áreas de especialidades		
600 - 890 ODONTOPEDIATRIA		
610 Aplicação Tópica de Flúor-Verniz (4 hemiarcadas)	0085-64	38,54
620 Aplicação de Selante (por elemento)	0088-91	40,02
630 Aplicação de Selante-Técnica Invasiva (por elemento)	0104-18	46,89
640 Aplicação de Cariostático-1 sessão (4 hemiarcadas)	0081-40	36,63
650 Remineralização - Fluoterapia (quatro sessões)	0080-79	36,36
660 Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro (por hemiarcada)	0163-76	73,70
670 Adequação do Meio Bucal Com IRM (por hemiarcada)	0163-36	73,53
680 Restauração de Ionômero de Vidro (1 face)	0146-60	65,98
690 Restauração Preventiva (ionômero + selante)	0148-94	67,03
700 Coroa de Aço	0310-00	139,53
710 Pulpotomia	0193-76	87,21
720 Tratamento Endodôntico em Decíduos	0353-76	159,22
730 Exodontia de Dentes Decíduos	0111-03	49,97
740 Mantenedor de Espaço	0516-67	232,54
750 Placa de Mordida	0431-82	194,35
760 Plano Inclinado	0437-45	196,89
770 Condicionamento em Odontopediatria (por sessão, máximo 2)	0117-15	52,73
780 Ulotomia	0180-46	81,22
790 Ulotomia	0194-03	87,33
800 Restauração Temporária	0114-67	51,61
OBS: A Remineralização (fluoterapia) será realizada de acordo com a avaliação do risco de cárie, do paciente. Em média 4 sessões de flúor.		
900 - 1990 DENTÍSTICA		
910 Restauração de Amálgama - 1 face	0130-06	58,54
920 Restauração de Amálgama - 2 faces	0163-42	73,55
930 Restauração de Amálgama - 3 faces	0191-88	86,36
940 Restauração de Amálgama - 4 faces	0235-00	105,77
950 Restauração de Amálgama Pin	0248-61	111,89
960 Rest. Resina Fotopolimerizável-Clas I, V ou VI	0157-00	70,66
970 Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas III	0165-52	74,50
980 Rest. Resina Fotopolimerizável - Clas II ou IV	0234-91	105,73
990 Faceta em Resina	0262-36	118,08
1000 Núcleo de Preench. em Ionômero de Vidro	0157-61	70,94
1010 Núcleo de Preench. Res. Fotopolimerizável	0199-73	89,89
1020 Núcleo de Preenchimento em Amálgama	0200-27	90,14
1030 Ajuste Oclusal (por sessão)	0159-18	71,64
1040 Retentor Intrarradicular	0423-46	190,59
1050 Clareamento de Dente Vitalizado	0101-12	45,51
1060 Restauração inlay e onlay (Artglass/Solidex)	1055-00	474,84
1070 Clareamento dental com moldeira de uso caseiro para dentes vitalizados e desvitaliz. por arcada	0664-61	299,13
1080 Restauração Metálica Fundida	0542-94	244,37
1090 Restauração Temporária	0114-67	51,61
1100 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente	0469-79	211,44
1110 Restauração Inlay e Onlay de Porcelana	1091-36	491,20
2000 - 2990 ENDODONTIA		
2010 Tratamento Endodôntico de Incisivo / Canino	0467-71	210,28
2020 Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	0554-79	249,70
2030 Tratamento Endodôntico de Molar	0898-91	404,58
2040 Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	0504-03	226,85
2050 Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	0692-42	311,65
2060 Retratamento Endodôntico de Molar	1174-09	528,44
2070 Tratamento de Perfuração	0322-36	145,09
2080 Remoção de Núcleo Intrarradicular(p/ elem.)	0283-30	127,51
2090 Capeamento Pulpal (excluindo restaur. final)	0170-12	76,57
2100 Pulpotomia	0196-36	88,38
2110 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente	0469-79	211,44
2120 Preparo Para Núcleo Intrarradicular	0129-00	58,05
2130 Trat. Dentes c/ Rizogênese Incompleta(por sessão)	0193-46	87,07
2140 Urgência Endo -Pulpect. (indep. da seq. do tratamento)	0205-00	92,48
2150 Apicetomia de Caninos ou incisivos	0438-50	197,35
2160 Apicetomia de Caninos ou incisivos c/ obturação retróg.	0502-50	226,16
2170 Apicetomia de pré-molares	0519-82	233,96
2180 Apicetomia de pré-molares c/ obturação retrógrada	0586-52	263,98
2190 Apicetomia de Molares	0601-36	270,66
2200 Apicetomia de Molares c/ obturação retrógrada	0668-06	300,68
2210 Remoção de Corpo Estranho Intracanal p/ Conduto	0221-94	99,89
2220 Curativo de Demora	0254-40	114,50
2230 Reembasamento Provisório	0086-33	38,86
2240 Restauração Temporária	0114-67	51,61
3000 - 3990 PERIODONTIA		
3010 Trat. Não Cirúrg. Periodont e Leve (p/ Seg.) Baixo Risco	0166-55	74,96
3020 Trat. Não Cirúrg. Periodontite Moder (p/ seg.) Med. Risco	0193-73	87,19
3030 Trat. Não Cirúrg. Periodontite Grave (p/Seg.) Alto Risco	0224-94	101,24
3040 Tratamento de Processo Agudo (p/ sessão)	0198-88	89,51
3050 Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	0079-79	35,91
3060 Dessensibilização Dentária (por segmento)	0101-21	45,55
3070 Imobiliz. Dentár. c/Res. Fotopolimerizável (3 dent.)	0276-21	124,32
3080 Ajuste Oclusal (por sessão)	0159-18	71,64
3090 Remoção de Fatores de Retenção	0155-33	69,91
3100 Placa de Mordida Miorrelaxante	0438-46	197,34
3110 Preservação Pré-Cirúrgica (por segmento)	0152-58	68,67
3120 Gingivectomia (por segmento)	0347-18	156,26
3130 Cirurgia Retalho (por segmento)	0371-46	167,18
3140 Sepultamento Radicular (por raiz)	0367-36	165,34
3150 Cunha Distal (p/ elemento)	0344-21	154,92
3160 Extensão de Vestíbulo (por segmento)	0382-06	171,96
3170 Enxerto Pediculado (por elemento)	0366-10	164,77
3180 Enxerto Livre (por elemento)	0434-06	195,36
3190 Enxerto conjuntivo subepitelial (p/ elemento)	0434-85	195,72
3200 Frenectomia ou Bridectomia	0312-40	140,60
3210 Odonto-Seção (por elemento)	0354-27	159,45
3220 Amput. Radicular s/ Obturação Retrógrada - por raiz	0443-88	199,78
3230 Amput. Radicular c/ Obturaç. Retrógrada - por raiz	0508-46	228,85
3240 Manutenção do Tratamento Cirúrgico	0159-21	71,66
3250 Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Leve 6 em 6 meses	0395-33	177,93
3260 Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Moderada 4 em 4 m.	0395-33	177,93
3270 Trat. Period. de Manut. p/ Periodontite Grave 2 e 2 meses	0395-33	177,93
3280 Aumento de Coroa Clínica (p/ elemento)	0358-27	161,25
3290 Trat. Regenerativo com uso de Barreira	1102-88	496,38
3300 Trat. Regenerativo com enxerto de osso autógeno	0708-94	319,08
3310 Trat. Regenerativo com materiais enxertantes	1057-71	476,05
3320 Manut. do Trat. Cirúrg. Relacionada a Procedimento Regenerativo (p/ sessão) totalizando 4 sessões	0159-21	71,66
3330 Restauração Temporária	0114-67	51,61
3340 Diagnóstico da Halitose	0538-64	242,43

3350 Tratamento da Halitose 1732-15 779,61
OBS: Item 3010 – Bolsas de até 4mm. / Item 3020 – Bolsas acima de 4 mm até 6 mm
Item 3030 – Bolsas acima de 6mm. / Cada Arcada Tem Três Segmentos.

4000 – 4990 PRÓTESE

4010 Planejamento em Prótese (mod. de estudo-par, montagem em articulador semi-ajustável)	0210-76	94,86
4020 Enceramento de Diagnóstico (por elemento)	0228-94	103,04
4030 Ajuste Oclusal (por sessão)	0159-18	71,64
4040 Restauração Metálica Fundida	0542-94	244,37
4050 Restauração Inlay e Onlay de Porcelana	1091-36	491,20
4060 Remoção de Restaurações Metálicas ou Coroas	0097-55	43,90
4070 Recolocação de Restauração Metálica Fundida ou Coroas	0125-36	56,42
4080 Núcleo Metálico Fundido	0381-58	171,74
4090 Coroa Provisória	0213-55	96,11
4100 Coroa Provisória Prensada em Resina	0438-06	197,16
4110 Reembasamento Provisório	0086-33	38,86
4120 Coroa de Jaqueta Acrílica	0534-51	240,58
4130 Coroa de Jaqueta de Cerâmica Pura	1257-85	566,13
4140 Coroa Metálica Cerâmica	1109-71	499,45
4150 Coroa de Veneer	0900-64	405,36
4160 Coroa Total Metálica	0624-70	281,16
4170 Coroa 3/4 ou 4/5	0624-97	281,29
4180 Facetas Laminadas de Porcelana	1093-70	492,25
4190 Prótese Fixa em Metal Cerâmica (por elemento)	1492-01	671,52
4200 Prótese Fixa em Metal Plástica (por elemento)	1136-88	511,69
4210 Prótese Fixa Adesiva Direta (p/ elemento)	0469-79	211,44
4220 Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Cerâmica (3 elem.)	2002-64	921,35
4230 Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Plástica (3 elem.)	1431-66	644,37
4240 Prot. Parcial Removível Provisór. em Acril. C/ ou S/ Grampos	1059-40	476,81
4250 Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilateral	1861-46	837,80
4260 Prótese Parcial Removível Para Encaixes	2509-79	1.129,61
4270 Encaixe Fêmea (por elemento)	1069-79	481,49
4280 Encaixe Macho (por elemento)	1069-79	481,49
4290 Reembasamento de Prótese Total ou Parcial	0549-00	247,09
4300 Prótese Total	2381-85	1.072,02
4310 Prótese Total Caracterizada	2984-97	1.343,48
4320 Prótese Total Imediata	1530-85	689,01
4330 Casquete de Moldagem	0176-88	79,61
4340 Ponto de Solda	0374-67	168,63
4350 Guia Cirúrgico Para Prótese Imediata	0533-58	240,15
4360 Placa de Mordida Miorrelaxante e/ou Protetor Bucal	0417-24	187,79
4370 Jig ou Front-Platô	0208-88	94,01
4380 Conserto em Prótese Total / Parcial	0315-00	141,78
4390 Reparo ou Substituição de Dentes em Prótese Total ou Parcial	0152-58	68,67
4400 Clareamento dental em consultório - Técnica com peróxido de carbamida a 35% por dente	0469-79	211,44
4410 Clareamento dental com moldeira de uso caseiro - para dentes vitalizados e desvitalizados (por arcada)	0664-61	299,13
4420 Restauração inlay e onlay (Artglass/Solidex)	1055-00	474,84
4430 Restauração Livre de Metal	1317-67	593,06
4440 Restauração Temporária	0114-67	51,61

5000 – 5990 CIRURGIA

5010 Exodontia (por elemento)	0191-79	86,32
5020 Exodontia a Retalho	0248-12	111,67
5030 Exodontia (raiz residual)	0194-82	87,68
5040 Alveoplastia (por segmento)	0262-97	118,36
5050 Ulotomia	0175-76	79,11
5060 Biópsia	0266-10	119,76
5070 Sulcoplastia (por elemento)	0290-15	130,59
5080 Cirurgia Para Torus Palatino	0343-36	154,54
5090 Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	0275-40	123,95
5100 Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral	0416-67	187,53
5110 Apicetomia de Caninos ou Incisivos	0438-50	197,35
5120 Apicetomia de Caninos ou Incisivos-Com obturação retrógrada	0502-50	226,16
5130 Apicetomia de Pré-Molares	0519-82	233,96
5140 Apicetomia de Pré-Molares - Com obturação retrógrada	0586-52	263,98
5150 Apicetomia de Molares	0601-37	270,66
5160 Apicetomia de Molares – Com obturação retrógrada	0668-06	300,68
5170 Frenectomia ou Bridectomia	0312-40	140,60
5180 Remoção de Dentes Incluídos ou Impactados	0465-67	209,59
5190 Cirurgia de Tumores Intra-Ósseos	0466-40	209,91
5200 Tratamento de Lesão Cística (enucleação)	0520-03	234,06
5210 Trat. de Lesão Cística (marzipalização e enucleação final)	0601-58	270,76
5220 Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	0574-40	258,52
5230 Trat Cirúrgico de Fistula Buco-Sinusal / Buco-nasal c/ Retalho	0465-67	209,59
5240 Excisão de Glândula Sublingual	1051-24	473,14
5250 Excisão de Glândula Submandibular	1051-24	473,14
5260 Excisão de Glândula Parótida	1703-61	766,76
5270 Excisão de Rânula	1132-80	509,85
5280 Excisão de Tumor de Glândula Salivar	1051-24	473,14
5290 Retirada de Cálculo Salivar	0426-06	191,76
5300 Excisão de Mucocele de Desenvolvimento	0290-15	130,59
5310 Drenagem de Abscesso	0157-00	70,66
5320 Ulectomia	0194-03	87,33
5330 Sinusotomia	0480-00	216,04
5340 Plástico do Canal de Stenon	0890-91	400,98
5350 Palatolabioplastia Bilateral	1074-18	483,47
5360 Tratamento Cirúrgico do Lábio Leporino	0836-36	376,43
5370 Reconstr. Parcial do Lábio Traumatizado	0836-36	376,43
5380 Reconstr. Total de Lábio Traumatizado	1200-00	540,10

5390 Redução Cirúrgica de Luxação de ATM	0818-18	368,25
5400 Trat. Cirúrg p/Anquilose de ATM (por lado)	1363-64	613,75
5410 Trat. Cirúrg p/Osteomielite dos Ossos Face	1018-18	458,26
5420 Excisão de Sutura de Lesão da Boca c/ Rot. de Retalho	1109-09	499,18
5430 Sutures Simples de Face	0181-82	81,83
5440 Sutures Múltiplas de Face	0276-36	124,39
5450 Maxilectomia c/ ou s/ Esvaziamento Orbitário	1090-91	491,00
5460 Osteotomia/Osteoplastia de Mandib p/ Prognatismo	1893-94	852,43
5470 Osteotomia/Osteoplastia de Mandib p/Micrognatismo	1893-94	852,43
5480 Osteotomia/Osteoplastia de Mandib p/Laterognatismo	1893-94	852,43
5490 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I	1363-64	613,75
5500 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort II	1954-55	879,70
5510 Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort III	2318-18	1.043,37
5520 Reconstr. Total de Mandib c/Enxerto Ósseo/Prótese	2818-18	1.268,41
5530 Reconstr. Parcial de Mandib c/Enxerto Ósseo/Prótese	1772-73	797,87
5540 Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial	0378-18	170,21
5550 Excisão em Cunha de Lábio e Sutura	0386-36	173,89
5560 Cirurgia de Hipertrofia do Lábio	0654-55	294,60
5570 Cirurgia Para Microstomia	1090-91	491,00
5580 Redução de Fratura de Ossos Próprios do Nariz	1090-91	491,00
5590 Redução Incruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	0509-09	229,13
5600 Redução Cruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	1181-82	531,91
5610 Redução Incruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	0618-18	278,23
5620 Redução Cruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	1954-55	879,70
5630 Redução Cruenta de Fratura Cominutiva de Mandíbula	1742-42	784,23
5640 Redução de Fratura de Córdilo Mandibular	1127-27	507,36
5650 Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta	0327-27	147,30
5660 Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta	0181-82	81,83
5670 Reimplante de Dente (por elemento)	0290-91	130,93
5680 Redução Incruenta de Fratura Le Fort I	0881-82	396,89
5690 Redução Incruenta de Fratura Le Fort II	0881-82	396,89
5700 Redução Incruenta de Fratura Le Fort III	1018-18	458,26
5710 Redução Cruenta de Fratura Le Fort I	1363-64	613,75
5720 Redução Cruenta de Fratura Le Fort II	1893-94	852,43
5730 Redução Cruenta de Fratura Le Fort III	1893-94	852,43
5740 Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face	1018-18	458,26
5750 Frat. Complexas do Seg da Face c/Fixação Pericraniana	2818-18	1.268,41
5760 Frat. do Arco Zigomático-Redução cirúrg. sem fixação	0836-36	376,43
5770 Frat. de Osso Zigomático-Redução cirúrg. e fixação	1090-91	491,00
5780 Osteoplastia Zigomático - Maxilar	1093-94	492,36
5790 Retirada de Fios Intra ou Trans-Ósseo	0109-09	49,10
5800 Retirada de Bloqueio Maxilo-Mandibular	0101-82	45,83
5810 Retirada de Ancoragem e Cerclagens	0101-82	45,83
5820 Cirurgia de Cisto	0269-09	121,11
5830 Artroplastia p/ Luxação Rescivante da ATM	1863-64	838,79
5840 Ressecção parcial da mandíbula	1272-73	572,83
5850 Ressecção parcial da mand. C/ enxerto ósseo	1545-45	695,58
5860 Hemimandibulectomia	1454-55	654,66
5870 Hemimandibulectomia c/ colocação de prótese	1772-73	797,87
5880 Hemimandibulectomia c/ enxerto ósseo	1954-55	879,70
5890 Mandibulectomia c/Reconst. a Cústa de osteomiocutâneo	2318-18	1.043,37
5900 Mandibulectomia c/Reconstrução Microcirúrgica	2818-18	1.268,41
5910 Osteoplastias de Etmóido-Orbitárias	2136-36	961,54
5920 Osteoplastias da Mandíbula	1954-55	879,70
5930 Osteoplastias da Órbita	2318-18	1.043,37
5940 Ressecção do Meso Infra-Estrutura do Max. Superior	1154-55	519,64
5950 Ressecção Total de Maxila incl. Exenteração de Órbita	2045-45	920,62
5960 Ressecção do Max. Sup. e Reconstr. À cústa de Retalhos	2454-55	1.104,74

OBS: Os itens de 5330 à 5960 foram reproduzidos da tabela da Associação Médica Brasileira - AMB

6000 – 6990 ORTODONTIA

6010 Aparelho Ortodôntico Fixo (metálico) - I arcada	0912-06	410,50
6020 Aparelho Ortodônt. Fixo Estético (polycarboxilato)-I arcada	1436-03	646,33
6030 Manutenção de Aparelho Ortodôntico	0294-79	132,68
6040 Placa Lábio-ativa	0470-49	211,76
6050 Aparelho Extra-bucal	0612-76	275,79
6060 Arco Lingual	0537-79	242,05
6070 Botão de Nance	0558-00	251,60
6080 Barra Transpalatina Fixa	0552-94	248,87
6090 Barra Transpalatina Removível	0337-12	151,73
6100 Quadrilhélice	0559-00	251,60
6110 Grade Palatina Fixa	0558-76	251,49
6120 Pendulum de Hilgers com mola de TMA	0630-73	283,88
6130 Pendex de Hilgers com mola de TMA	0694-36	312,52
6140 Distalizador de molar, tipo Jones Jig	0623-46	280,60
6150 Herbst Encapsulado	0937-37	421,89
6160 Máscara Facial - Delaire, Tração Reversa (Sem o Disjuntor)	0517-94	233,11
6170 Mentoneira	0282-55	127,17
6180 Disjuntor Palatino tipo Haas, Hyrax	0640-58	288,31
6190 Disjuntor Palatino tipo McNamara, Faltin	0548-42	246,84
6200 Frankel	0721-18	324,59
6210 Bimler	0721-18	324,59
6220 Planas	0721-18	324,59
6230 Aparelho Removível com alça de Bionator invertida	0709-06	319,13
6240 Aparelho Removível com alça de Escheler	0721-18	324,59
6250 Bionator de Balters	0678-76	305,50
6260 Placa Dupla de Sanders	0709-06	319,13
6270 Aparelho de Thurov	0654-91	294,76
6280 Placa de Hawley	0326-67	147,03
6290 Placa de Hawley com torno expansor	0387-27	174,30
6300 Grade Palatina Removível	0369-09	166,12
6310 Planejamento em ortodontia	0550-51	247,78

- Qualquer Cirurgião-Dentista está apto a realizar estes procedimentos odontológicos, conforme a Lei 5081, que regulamenta a profissão do Cirurgião-Dentista.
- As dúvidas nestes procedimentos deverão ser esclarecidas com a Comissão Estadual de Convênios e Credenciamentos (Sindicato dos Odontologistas, Conselho Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia) ou com a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos.
- Valores atualizado pelo INPC-IBGE de 01/08/2007 à 30/07/2008 = 7,56% - Publicado no D.O.D.F. de 18/08/2008
Remuneração dos profissionais que atendem pacientes com Necessidades Especiais será o acréscimo de:
a) Aos procedimentos realizados em Consultório odontológico serão acrescentados 50% para o cirurgião dentista e 10 % para o auxiliar de consultório dentário sobre o VRPO.
b) Aos procedimentos realizados em Consultório Odontológico com Sedação serão acrescentados 100% para o Cirurgião Dentista e 20% para o auxiliar de consultório dentário sobre os VRPO.
c) Aos procedimentos realizados em Domicílio serão acrescentados 100% para o cirurgião dentista e 20% para o auxiliar de consultório dentário sobre os VRPO.
d) Aos procedimentos realizados em Centro Cirúrgico serão acrescentados 100 % para o Cirurgião Dentista, 40% para o cirurgião dentista auxiliar e 20% para o instrumentador sobre os VRPO.

ANEXO 3 - Normas de Publicação da ROBRAC



DIRETRIZES PARA AUTORES

1 - ESCOPO

A ROBRAC, órgão trimestral, destina-se à publicação de pesquisa básica e aplicada, artigos de divulgação e de atualização que representem contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico. Não são aceitas revisões de literatura, exceto em caráter excepcional, mediante convite do Editor.

2 - NORMAS GERAIS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico, condição atestada em carta anexa, assinada pelo autor responsável. A ROBRAC reserva-se os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução, permitido, entretanto, sua posterior reprodução como transcrição, desde que com a devida citação de fonte.

A ROBRAC receberá para publicação trabalhos redigidos em português ou inglês, ficando os textos dos mesmos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A ROBRAC reserva o direito de submeter todos os originais à apreciação do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo, inclusive reapresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias no texto. Os artigos que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos aos autores, antes de serem submetidos aos Consultores Científicos. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos ou animais, incluindo-se órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade.

A revista endossa os princípios incorporados na Declaração de Helsinki e insiste que todas as pesquisas que envolvam seres humanos, e que sejam publicadas na revista, sejam conduzidas em conformidade com esses princípios e com outros similares dispostos nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições de origem dos autores. No caso de experimento com animais, estes devem seguir os mesmos princípios de ética envolvidos. Em experimentos que envolvem procedimentos cirúrgicos em animais, os autores devem descrever na seção Material e Método, evidências que a dosagem anestésica produziu efeito adequado e por tempo necessário

para condução do ato cirúrgico. Todos os experimentos com humanos ou animais devem vir acompanhados de descrição, na seção Material e Método, que o estudo foi aprovado pelos respectivos órgãos que gerenciam a Ética em Pesquisa nas suas instituições de origem. O editor e seus associados se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem uma evidencia clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à revista.

3 - APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais destinados à ROBRAC deverão ser redigidos de acordo com as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group).

Os originais deverão ser redigidos na ortografia oficial e digitados na fonte Arial, tamanho 11, em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de, no máximo, 15 páginas, incluindo as ilustrações (gráficos, tabelas, fotografias etc.). Os autores devem manter uma cópia do manuscrito para eventuais alterações.

As ilustrações (gráficos, desenhos etc.) deverão ser limitadas ao mínimo indispensável, construídas preferencialmente em programa apropriado como Adobe Photoshop, Photoeditor, Corel Draw, ou outro. Estas deverão ser encaminhadas em cores originais, digitalizadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif com no mínimo de 300dpi e 10cm de largura. **Devem ser fornecidas em arquivos separados e não inseridas no documento Word.** As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas ao final do trabalho em forma de lista separada e precedidas da numeração correspondente. As microfotografias devem apresentar escala apropriada.

As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular e gráfica", estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas e publicadas pelo IBGE, 1979.

Recomenda-se anotar, no texto, os nomes compostos e dos elementos, ao invés de suas fórmulas ou símbolos; preferentemente, os períodos de tempo, também por extenso, ao invés de números; binômios da nomenclatura zoológica e botânicos, por extenso e sublinhados ao invés de abreviaturas; os símbolos matemáticos e físicos, conforme as regras internacionalmente aceitas e os símbolos métricos, de acordo com a legislação brasileira vigente.

4 - ESTRUTURA DO ARTIGO

4.1 Página de rosto (deverá ser submetida como arquivo suplementar pelo sistema de submissão *online* da revista)

A primeira página de cada cópia deve conter apenas:

- título em português e inglês;
- nomes completos dos autores, incluindo principal titulação e nome do departamento e da instituição aos quais são filiados;

- endereço para correspondência, incluindo email, do autor responsável pelo artigo;

4.2 Manuscrito

A segunda página deve ser iniciada com o título do artigo, em português e inglês, não devendo haver a partir desta qualquer informação que possa identificar os autores.

Resumo e *Abstract*

Devem preceder o texto, com o máximo de 250 palavras. Devem ser em parágrafo único, contendo **separadamente** objetivo, material e método, resultados e conclusões. Não deve incluir citações Bibliográficas.

Palavras-chave/ *Keywords*

Indicar um mínimo de 3 (três) e um máximo de 7 (sete) palavras logo após o resumo ou *abstract*. Identificam o conteúdo do artigo, e para determiná-las, consultar o "DECS - Descritores em Ciência da Saúde", disponível no endereço (<http://decs.bvs.br>).

Texto

O texto deverá apresentar Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

Introdução

Devem ser citadas apenas as referências pertinentes, resumindo a proposta do estudo e estabelecendo a hipótese do trabalho.

Material e Método

Devem ser relatados em detalhes, tornando o trabalho reproduzível e permitindo a confirmação dos resultados. Métodos publicados devem ser referenciados. Após a primeira menção dos produtos ou equipamentos, incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes. Indicar métodos estatísticos utilizados.

Resultados

Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações, não repetindo no texto os dados das mesmas (ênfatar somente as observações importantes).

Discussão

Destacar os aspectos importantes e inéditos do estudo e as conclusões resultantes. Relatar observações de outros estudos relevantes e implicações e limitações de seus achados. Não repetir em detalhes informações citadas na introdução ou resultados.

Conclusões

Definir, dentro do que foi proposto ao trabalho, os achados relevantes do estudo.

Referências

Ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores, e numeradas em ordem crescente. Deverão seguir o Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34. Disponível no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com Index Medicus/Base de Dados MEDLINE, sem negrito, itálico ou grifo. Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos a publicação não deverão constar da listagem de referências. Citar apenas as referências de relevância para o estudo.

Exemplos de referências

Livros

Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 794 p.

Capítulos de livros

Alencar Jr. FGP, Batista AUD, Oliva EA. Dores neuropáticas. In: Alencar Jr. FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 133-46.

Monografia, dissertações e teses

Rocha SS. Efeito da concentração do líquido especial e da temperatura do molde de revestimentos na desadaptação marginal de coroas fundidas em titânio [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

Artigos de periódicos

Adabo GL, Zanarotti E, Fonseca RG, Cruz CAS. Effect of disinfectant agents on dimensional stability of elastomeric materials. J Prosthet Dent. 1999; 81 (5): 621-4.

Volume com suplemento, número especial

Leles CR, Compagnoni MA, Souza RF. Study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. [abstract 848]. J Dent Res. 2002; 81(special issue): B-133.

Trabalho em congresso ou similar

Pereira CM, Correa MEP, Costa FF, Souza CA, Almeida OP, Castro MLRB. Investigação do Herpes humano 6 em fluidos bucais de pacientes portadores de doença do enxerto contra o hospedeiro crônico. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia; 2004 jul. 18-22; Cabo Frio (RJ). Rio de Janeiro: SOBE; 2004. p. 44.

OBS.: Publicações e/ou documentos com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros seguidos da expressão "*et al.*"

Citação no texto

Utilizar sistema numérico único para todo o documento, em algarismo arábico, na forma sobrescrita; números seqüenciais - separar por hífen; números aleatórios - separar por vírgula; Citar nome do autor seguido do número de referência somente quando estritamente necessário. Caracteres de pontuação como "pontos" e "vírgulas" deverão ser colocados depois da citação numérica dos autores. No caso de dois autores, devem ser separados por e. Mais de dois autores, indicar apenas o sobrenome do primeiro seguido de *et al.*

Exemplos:

De acordo com Rocha¹⁵ (2004), é prudente que se aguardem estudos longitudinais...

Para Fonseca e Cruz¹³ (2005) a escolha de um material...

Ferreira *et al.*²² (2003) destacaram que apesar do...

5 - SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

- Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo endereço www.robrac.org.br;
- O arquivo original contendo o manuscrito deve ser submetido sem a identificação dos autores. A folha de rosto deverá ser submetida como arquivo suplementar, conforme descrito;
- As tabelas devem ser inseridas no texto Word e colocadas após as referências bibliográficas;
- As figuras deverão ser submetidas como arquivos suplementares, conforme descrito anteriormente;
- O formulário de submissão disponível no site, assinado pelo autor responsável, deve ser submetido como arquivo suplementar.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, fonte arial 11 e espaço 1,5. As tabelas estão inseridas ao final do texto, e as figuras como arquivos suplementares (formato .jpg, .tif ou .gif).
3. A página de rosto com a identificação dos autores está em documento separado do corpo do manuscrito, e será enviado como arquivo suplementar.
4. O formulário de submissão, devidamente assinado pelo autor responsável, será enviado como arquivo suplementar.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Transferência de direitos

Considerando a aceitação do trabalho acima descrito. Nós, os autores, transferimos para a revista Robrac, todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo mencionado acima. Este documento se aplica a todas as traduções do mesmo, assim como a apresentação preliminar, sob quaisquer meio de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Se alguma mudança na autoria (ordem, acréscimo ou eliminação) ocorrer após a submissão do trabalho, um documento de concordância de todos os autores deve ser enviado para ser mantido nos arquivos do editor. O nome de um autor (a) somente poderá ser removido mediante solicitação do (a) mesmo (a);

Responsabilidade dos autores

Eu atesto que: - o trabalho é original e não contém dados falsificados, plagiados ou fraudulentos; - o trabalho não se encontra atualmente em apreciação, e nem será submetido para publicação em outro periódico, até que uma decisão final de não aceitação seja emitida por esta revista; - fiz uma contribuição científica significativa para o trabalho e estou familiarizado com os dados originais descritos no mesmo; - assumo a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida, entendendo que, se o trabalho ou parte dele for considerada deficiente ou fraudulenta, assumirei a responsabilidade junto com os autores.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN: 1981-3708

ANEXO 4 - Normas de publicação da Education Research Education



Author Guidelines

Submission

Manuscripts should be submitted by one of the authors of the manuscript through the online [Manuscript Tracking System](#). Regardless of the source of the word-processing tool, only electronic PDF (.pdf) or Word (.doc, .docx, .rtf) files can be submitted through the MTS. There is no page limit. Only online submissions are accepted to facilitate rapid publication and minimize administrative costs. Submissions by anyone other than one of the authors will not be accepted. The submitting author takes responsibility for the paper during submission and peer review. If for some technical reason submission through the MTS is not possible, the author can contact edu@hindawi.com for support.

Terms of Submission

Papers must be submitted on the understanding that they have not been published elsewhere (except in the form of an abstract or as part of a published lecture, review, or thesis) and are not currently under consideration by another journal published by Hindawi or any other publisher. The submitting author is responsible for ensuring that the article's publication has been approved by all the other coauthors. It is also the authors' responsibility to ensure that the articles emanating from a particular institution are submitted with the approval of the necessary institution. Only an acknowledgment from the editorial office officially establishes the date of receipt. Further correspondence and proofs will be sent to the author(s) before publication unless otherwise indicated. It is a condition of submission of a paper that the authors permit editing of the paper for readability. All enquiries concerning the publication of accepted papers should be addressed to edu@hindawi.com.

Peer Review

All manuscripts are subject to peer review and are expected to meet standards of academic excellence. Submissions will be considered by an editor and—if not rejected right away—by peer-reviewers, whose identities will remain anonymous to the authors.

Article Processing Charges

Education Research International is an open access journal. Open access charges allow publishers to make the published material available for free to all interested online visitors. For more details about the article processing charges of Education Research International, please visit the [Article Processing Charges](#) information page.

Units of Measurement

Units of measurement should be presented simply and concisely using System International (SI) units.

Title and Authorship Information

The following information should be included

- Paper title
- Full author names
- Full institutional mailing addresses
- Email addresses

Abstract

The manuscript should contain an abstract. The abstract should be self-contained and citation-free and should not exceed 150 words.

Introduction

This section should be succinct, with no subheadings.

Acknowledgments

All acknowledgments (if any) should be included at the very end of the paper before the references and may include supporting grants, presentations, and so forth.

References

Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by Smith [9]”; “as discussed elsewhere [9, 10]”). All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

Preparation of Figures

Upon submission of an article, authors are supposed to include all figures and tables in the PDF file of the manuscript. Figures and tables should not be submitted in separate files. If the article is accepted, authors will be asked to provide the source files of the figures. Each figure should be supplied in a

separate electronic file. All figures should be cited in the paper in a consecutive order. Figures should be supplied in either vector art formats (Illustrator, EPS, WMF, FreeHand, CorelDraw, PowerPoint, Excel, etc.) or bitmap formats (Photoshop, TIFF, GIF, JPEG, etc.). Bitmap images should be of 300 dpi resolution at least unless the resolution is intentionally set to a lower level for scientific reasons. If a bitmap image has labels, the image and labels should be embedded in separate layers.

Preparation of Tables

Tables should be cited consecutively in the text. Every table must have a descriptive title and if numerical measurements are given, the units should be included in the column heading. Vertical rules should not be used.

Proofs

Corrected proofs must be returned to the publisher within 2-3 days of receipt. The publisher will do everything possible to ensure prompt publication. It will therefore be appreciated if the manuscripts and figures conform from the outset to the style of the journal.

Copyright

Open Access authors retain the copyrights of their papers, and all open access articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution license, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided that the original work is properly cited.

The use of general descriptive names, trade names, trademarks, and so forth in this publication, even if not specifically identified, does not imply that these names are not protected by the relevant laws and regulations.

While the advice and information in this journal are believed to be true and accurate on the date of its going to press, neither the authors, the editors, nor the publisher can accept any legal responsibility for any errors or omissions that may be made. The publisher makes no warranty, express or implied, with respect to the material contained herein.

ANEXO 5 - Normas de publicação da Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos



ISSN 0104-5970 *versão impressa*
ISSN 1678-4758 *versão on-line*

Objetivo e política editorial

História, Ciências, Saúde - Manguinhos publica artigos, ensaios, resenhas e notas de pesquisa inéditos; reproduz documentos e imagens de valor histórico, edita debates e entrevistas.

O editor reserva-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando o estilo e os conteúdos do autor.

Seções

Análise - Textos analíticos ou ensaísticos resultantes de estudos e pesquisas concernentes a temas de interesse para **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** (até nove mil palavras).

Depoimentos - Entrevistas com pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para o conhecimento da história das ciências ou da saúde (até seis mil palavras).

Imagens - Ensaios elaborados por meio de imagens, fotografias, gravuras, desenhos etc. em preto e branco ou em cores, acompanhadas, se necessário, de legendas e texto introdutório (até oito páginas de imagens e cinco mil palavras).

Fontes - Destina-se à divulgação de acervos ou seus componentes que tenham relevância para a pesquisa sobre a história das ciências ou da saúde; documentos transcritos parcial ou integralmente, acompanhados de texto introdutório; obras raras, coleções científicas, bibliotecas e arquivos descritos, analisados e/ou parcialmente reproduzidos em fac-símiles (até cinco mil palavras).

Debate - Temas históricos ou da atualidade propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista por escrito ou ao vivo. No primeiro caso, os colaboradores podem sugerir temas e participantes, responsabilizando-se a editoria pela interação deles e pela edição do texto final. O debate ao vivo, quando não for organizado pela revista, pode ser submetido em forma de fita gravada ou já transcrita e parcialmente editada, cabendo a edição final aos editores da revista (até seis mil palavras).

Nota de Pesquisa - Relato preliminar, mais curto e incipiente do que um artigo, enfatizando hipóteses, progressos e dificuldades de pesquisas em andamento, comentando fontes, métodos e técnicas utilizados e desdobramentos antevistos (até três mil palavras).

Livros & Redes - Resenhas e análises críticas de obras publicadas, filmes e vídeos, bem como matérias relativas a redes e bancos de dados informatizados (até duas mil palavras).

Cartas - Comentários e críticas a artigos ou a qualquer texto publicado em números anteriores da revista, ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Apresentação de originais

Os originais devem ser encaminhados à Secretaria da revista, por correio ou via e-mail (hscience@coc.fiocruz.br) pelo modo anexo.

História, Ciências, Saúde - Manguinhos aceita colaborações em português, espanhol e inglês e francês para todas as seções. Os originais devem ser digitados em programas compatíveis com ambiente Windows. Todos os originais submetidos à publicação devem apresentar resumo do trabalho em que constem até 130 palavras e até cinco palavras-chaves alusivas à temática.

No programa Word for Windows, a contagem de palavras do texto digitado faz-se por consulta ao menu Arquivo/Propriedades. O texto deve ser digitado, com espaçamento de 1,5 linha. Se for enviado pelo correio, solicita-se que o texto seja digitado e gravado em CD-rom e que contenha título do trabalho, nome(s) do(s) autor(es), instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, endereço(s) completo(s), inclusive e-mail, e o máximo de cinco linhas com informações sobre o(s) autor(es), especialmente titulação e a atividade profissional, para constar na seção Colaboram Neste Número.

Pede-se que os autores destaquem termos ou expressões no texto por meio de aspas simples e não por itálico ou negrito (bold). Apenas citações, transcrições ou epígrafes em língua estrangeira devem constar em itálico, sem aspas.

Ilustrações e demais arquivos de imagem - Todas as imagens devem ser encaminhadas em arquivos separados, e não 'coladas' no arquivo de texto em Word. Imagens digitalizadas podem ser enviadas por e-mail ou em CD-rom, com as seguintes especificações: resolução de 600 dpi em tamanho natural e salvas em arquivos JPEG; imagens em preto e branco devem ser escaneadas em tons de cinza e as imagens coloridas, em RGB.

Tabelas, quadros e gráficos - Tabelas e quadros podem ser compostos em Word e inseridos no próprio arquivo do artigo; os gráficos, preferencialmente em Excel.

Resumo - Os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal com, no mínimo, 100 palavras e, no máximo, 130. A versão para o inglês é de responsabilidade da revista.

Palavras-chaves - Os autores devem apresentar de três a cinco palavras-chaves, no idioma do artigo, representativas do conteúdo do trabalho.

Nomenclatura - Devem ser observadas cuidadosamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Notas de rodapé - Devem ser numeradas, sucintas e usadas só quando estritamente necessário. O conteúdo das notas deve ser digitado ao final do texto; pede-se não utilizar o mecanismo automático do Word para inserção de notas.

Títulos - Os títulos de livros, artigos, teses etc., em qualquer idioma, devem trazer em maiúscula somente a inicial da primeira palavra, a não ser em caso de nomes próprios. Se a obra tiver subtítulo, este é separado do título por dois pontos.

Citações - Até cinco linhas, as citações são compostas no meio do texto, com aspas. Aquelas com mais de cinco linhas devem ser compostas em parágrafo distinto, com recuo à esquerda, e em fonte tamanho 11.

Referências - As referências de obras, artigos, fontes primárias e outras devem ser elaboradas conforme as normas adotadas pela revista (<http://www.coc.fiocruz.br/hscience/colaboradores.htm>). Suas respectivas chamadas, no texto, devem subordinar-se igualmente às normas da revista. As referências bibliográficas são listadas no item Referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, de acordo com o sobrenome do primeiro autor. Obras do mesmo autor devem constar em ordem decrescente da data de publicação, ou seja, do trabalho mais recente para o mais antigo. Não devem ser abreviados nomes de autores, títulos de periódicos, livros, editoras, cidades etc.

ANEXO 6 - Aceite do artigo “ Clínica Integrada de ensino odontológico: Perfil dos usuários e necessidades odontológicas” - da Revista Odontológica do Centro Oeste-ROBRAC

Webmail ~-UFGNet - [ROBRAC] Decisão Editorial <https://www.webmail.ufg.br/printmsg.php?sid={ 4DA090E8F1787 ...>

De: Daniel Almeida Decurcio
Para: Claudio Rodrigues Leles
Assunto: [ROBRAC] Decisão Editorial--
Data: 30/03/11 14: 34

Prezado autor,

É com grande satisfação que informamos que o artigo intitulado "Clínica Integrada de ensino odontológico: perfil dos usuários e necessidades odontológicas" foi aceito para publicação na Revista Odontológica do Brasil Central - ROBRAC.

Posteriormente enviaremos instruções referentes ao processo de editoração do mesmo para publicação.

Atenciosamente,

Corpo Editorial da ROBRAC
ROBRAC - Revista Odontológica do Brasil Central
www.abo-go.org.br/robrac

ANEXO 7- Aceite do artigo "A retrospective study of treatment complexity and efficiency in a Brazilian undergraduated comprehensive dental care program" da Revista Education Research International

EDU/107069: Accepted

Susan Hallam <edu@hindawi.com>

16 de junho de 2011 08:55

Para: crleles@odonto.ufg.br

Cc: s.hallam@ioe.ac.uk, sandrabahiare@gmail.com, laurinhabs@hotmail.com

Dear Dr. Leles,

The review of the Research Article EDU/107069 titled "A retrospective study of treatment complexity and efficiency in a Brazilian undergraduate comprehensive dental care program," by Sandra Cristina Bahia Reis, Laura Barbosa Santos and Claudio Leles submitted to Education Research International, has been completed, and I am pleased to inform you that your manuscript has now been accepted for publication in the journal.

The publication process of your manuscript will start upon the receipt of the electronic files. Please login to the Manuscript Tracking System at the link below using your username and password, and upload the electronic files of your final accepted version within the next 2-3 days.

<http://mts.hindawi.com/author/107069/upload.files/>

The electronic files should include the following:

- 1- Source file (Word or TeX/LaTeX).
- 2- Final PDF file of the accepted manuscript.
- 3- Editable Figure files (each figure in a separate eps/postscript/word file) if any, taking into consideration that tiff, jpg, jpeg, bmp formats are not editable.

Thank you again for submitting your manuscript to Education Research International.

Best regards,

Susan Hallam

s.hallam@ioe.ac.uk

APÊNDICES

APENDICE 1 - Formulário de coleta dos dados.

APENDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue aos juízes

APÊNDICE 3 - Carta explicativa para a aplicação da Escala de Thurstone adaptada

APENDICE 1 - Formulário de coleta de dados

Formulário

Prontuário nº _____

Caracterização do paciente

- 1) Nome de identificação: _____ nº cadastro _____
- 2) Tipo de Arquivo 1. Morto () 2. Semi-morto () 3. Vivo ()
- 3) Data de nascimento ____/____/____
- 4) Estado civil: 1. casado(a)/ companheiro () 2. solteiro(a) () 3. divorciado(a)/separado(a) ()
4. viúvo(a) () 5. sem informação ()
- 5) Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()
- 6) Naturalidade _____
- 7) Ocupação: _____ 8) Endereço completo: _____

Ficha clínica

- 9) Queixa principal _____
- 10) Presença de doenças pré existente: 1. Sim () 2. Não () 3. Sem informação ()
- 11) Número de doenças preexistentes: 1. Uma () 2. Duas () 3. Três ou mais ()
- 12) Tipos de doenças: 1. Agudas () 2. Crônicas ()

Dados operacionais

- 14) Tratamento 1. () Completado 2. () em andamento 16) Data da 1ª. Consulta ____/____/____
- 17) Data de última consulta ____/____/____ 18) Intervalo entre a 1ª. Consulta e a 2ª. Consulta (meses) _____
- 19) Número de atendimentos/consultas realizados no tratamento concluído (TC) _____
- 20) Número de falta TC _____ 21) Numero de falta justificada TC _____ 22) Numero de atraso TC _____
- 23) Numero de não atendimento TC _____ 24) Numero de falta do aluno TC _____ 25) Numero de imprevisto TC _____
- 26) Numero de atendimentos no tratamento em andamento TA _____
- 27) Número de falta TA _____ 28) Numero de falta justificada TA _____ 29) Numero de atraso TA _____
- 30) Numero de não atendimento TA _____ 31) Numero de falta aluno TA _____
- 32) Numero de imprevisto TA _____
- 33) Presença de encaminhamento do serviço social 1. Sim () 2. Não ()
- 34) Encaminhamento após a CI para clínicas de especialidades 1. Sim () 2. Não ()
- 35) Encaminhamento do SUS 1. Sim () 2. Não ()

Dados odontológicos - Plano de Tratamento

- 36) Semiologia realizada 1. sim () 2. Não () 3. Incompleta ()
- 37) Plano de tratamento realizado 1. sim () 2. Não ()
- 38) Número procedimentos apresentados no plano de tratamento _____

- 39) Periodontia incluída no plano de tratamento 1. sim () Quantos procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 40) Endodontia incluída no plano de 1. sim () Quantos Procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 41) Dentística incluída no plano de 1. sim () Quantos procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 42) Prótese incluída no plano de tratamento 1. sim () Quantos procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 43) Orto incluída no plano de tratamento 1. sim () Quantos procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 44) Cirurgia 1. sim () Quantos procedimentos _____
O que _____ 2. Não ()
- 45) Outras especialidades 1. sim () Quantos procedimentos _____
2. Não ()
- 46) Preenchimento odontograma 1. sim () 2. Não ()

Procedimentos Realizados

- 47) Realização exame clínico 1. Sim () 2. Não () 3. Incompleto ()
- 48) Exames complementares 1. sim () Qual _____ 2. Não ()
- 48) Periodontia executada nos procedimentos 1. Sim () 2. Não ()
- 49) Numero de Raspagem supra gengival por hemiarco _____
- 50) Numero de Raspagem sub gengival por hemiarco _____ 51) Numero de dentes com gengivectomia _____
- 52) Numero de aumento de coroa clinica _____
- 49) Endodontia executada nos procedimentos 1. Sim () 2. Não ()
- 50) Se sim , número de dentes anteriores com endodontia _____
- 51) Se sim , número de dentes posteriores com endodontia _____
- 52) Pulpotomia 1. Sim () Quantos dentes _____ 2. Não ()
- 53) Retratamento 1. Sim () Quantos dentes _____ 2. Não ()
- 54) Dentística executada nos procedimentos 1. Sim () 2. Não ()
- 55) Numero de Restaurações RC CI I _____ 56) Numero de Restaurações RC CI II _____ 57) Numero de Restaurações RC CI III _____ 58) Numero de Restaurações RC CI IV _____
- 59) Numero de Restaurações RC CI V _____ 60) Numero de Restaurações RC CI VI _____
- 61) Faceta em resina _____ 62) Inlay _____ 63) Onlay _____
- 64) Numero de Restaurações RA CI I _____ 65) Numero de Restaurações RA CI II _____ 67) Numero de Restaurações RA CI III _____ 68) Numero de Restaurações RA CI IV _____ 69) Numero de Restaurações RA CI V _____ 70) Numero de Restaurações RA CI VI _____
- 71) Restauração de Ionômero de vidro 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()
- 72) clareamento interno 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()

- 73) RMF 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()
- 74) Pino retentor de restauração 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()
- 75) Capeamento pulpar 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()
- 76) Restauração provisória - IRM 1. Sim () Quantas? _____ 2. Não ()
- 77) Prótese total superior 1. Sim () 2. Não ()
- 78) Prótese total inferior 1. Sim () 2. Não ()
- 79) Prótese parcial removível superior 1. Sim () 2. Não ()
- 80) Prótese parcial removível inferior 1. Sim () 2. Não ()
- 81) Prótese fixa 1. Sim () 2. Não ()
- 82) Se sim, número de Coroa metallocerâmica/ metaloplástica _____
- 83) Se sim, número de coroa acrílica _____ 84) Se sim, número de pinos diretos _____
- 85) Se sim, número de pinos indiretos _____
- 86) Ajuste oclusal 1. Sim () 2. Não ()
- 87) Ortodontia 1. Sim () 2. Não ()
- 88) Cirurgia 1. Sim () 2. Não ()
- 89) Se sim, número de exodontia dente anterior _____ 90) Se sim, número de exodontia posterior _____
- 91) Se sim, exodontia de resto radicular _____ 92) biopsia _____ 93) frenectomia _____
- 94) Osteotomia _____ 95) Outras _____ Quais? _____
- 96) Ações prevenção da saúde bucal 1. Sim () Número de sessões _____ 2. Não ()
- 97) Aplicação de selante 1. Sim () Número de dentes _____ 2. Não ()
- 98) Controle de placa dentária 1. Sim () Número de evidências _____ 2. Não ()
- 99) Atividade educativa 1. Sim () Número de atividades _____ 2. Não ()

Caracterização dos alunos

- 100) Número de duplas que atenderam o paciente em tratamento concluído _____
- 101) Número de duplas nos tratamentos em andamento _____

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue aos juízes.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa "Perfil de pacientes, produtividade e eficiência em Clínica Integrada de ensino odontológico".

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os prontuários dos pacientes e a partir dos procedimentos odontológicos encontrados e criar um escore de complexidade. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a conhecer o perfil dos pacientes atendidos e melhorar o processo de organização do atendimento.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das clínicas de ensino da FO-UFG.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, **Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis**, da FO-UFG, localizada na Praça Universitária ou pelo telefone <39419984>.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética da UFG no localizado no Campus Samambaia, prédio da Reitoria. Goiânia-Goiás.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos e autorizo a minha participação.

Data ____/____/____

Pesquisador

Nome em letra de forma

Assinatura

APENDICE 3 - Carta explicativa para a aplicação da Escala de Thurstone adaptada

Carta Explicativa para a Escala de Thustone adaptada

Instruções para a participação.

Nesse envelope você encontrará uma série de fichas contendo o nome dos procedimentos clínicos odontológicos realizados por alunos da graduação durante a disciplina de clínica integrada. Estes procedimentos envolvem as diferentes áreas odontológicas e variam em relação a sua complexidade de planejamento e execução. Você está sendo convidado a participar emitindo seu julgamento na classificação destes procedimentos em relação à sua complexidade.

Para começar, siga os seguintes passos:

- 1- Leia todos os itens calmamente, caso não tenha conhecimento do que se trata algum dos itens, exclua sua ficha
- 2- É fornecido também um quadro contendo espaços divididos em escores crescentes de 1 a 11.
- 3- Classifique e ordene as fichas sobre estes espaços de acordo com a complexidade de cada procedimento.
- 4- No escore 1, você deverá colocar os itens que, na sua opinião, refletiria o procedimento menos complexos para execução na clínica integrada por um aluno de graduação. No escore 2, serão os itens que você considera um pouco mais complexo que o número 1. O escore 6, contém afirmativas de procedimentos neutros. O escore 7, seriam os itens ligeiramente complexos, e assim continua até o escore 11, que deve ser o que reflete maior complexidade possível, conforme ilustração abaixo:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Menor										Maior

5- **IMPORTANTE:** você deverá julgar a complexidade de um procedimento considerando o tempo para realização do procedimento, o tipo de instrumentais utilizados, o conhecimento técnico e habilidade manual exigida para o mesmo, entre outros fatores. Esta avaliação deve considerar seu julgamento sobre a prática do aluno da clínica integrada, e não de acordo com a sua própria experiência.

6- Coloque em cada espaço determinado por escore, a ficha fornecida com os nomes de cada procedimento. Ao todo são 49.

7- Sinta-se livre para usar qualquer um dos onze pontos na escala. Ao fim do julgamento, confirme os itens colocados em cada escore. Se houver necessidade, faça modificações.

8- Após o julgamento, está encerrada sua participação. Em seguida, todos os dados serão registrados pelo pesquisador para posterior avaliação.

Obrigada por sua participação.