

Técnicas alternativas para o tratamento da anquilose dental em molares decíduos

Roberta Almeida CHINCHILLA¹
Andréa Paula FREGONEZE²
Sylvia Lavinia Martini FERREIRA³
José Carlos P. IMPARATO⁴



Palavras-chave:

Infra-oclusão, anquilose, submersão dental, maloclusão, dentes decíduos, anomalias de erupção.

RESUMO

A anquilose dental pode ser definida como a fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar, ocorrendo em qualquer época durante o processo irruptivo. Sua etiologia ainda é desconhecida e várias teorias são sugeridas para tentar explicá-la. Seu diagnóstico precoce é muito importante para que se possa definir, em tempo hábil, o tipo de tratamento a ser empregado, evitando, assim, que uma maloclusão se instale. Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre o assunto, discutindo diferentes aspectos, como definição, etiologia, diagnóstico, aspectos histológicos, classificação, prevalência e conseqüências para o desenvolvimento da oclusão. Quanto à conduta clínica frente à anquilose dental, em molares decíduos, diferentes técnicas são apresentadas como alternativas para o tratamento dessa alteração dental.

¹ Especialista e mestranda em Odontopediatria – UNICASTELO. Estagiária da disciplina de Odontopediatria da UNIP - Campinas e Sorocaba.

² Especialista e mestranda em Odontopediatria – UNICASTELO. Professora da disciplina de Odontologia ao Paciente Especial - PUC-Pr.

³ Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria – UNISA. Doutoranda em Odontopediatria pela FOU SP.

⁴ Professor Doutor da Disciplina de Odontopediatria – USP São Paulo e UNICASTELO.

INTRODUÇÃO

Para Nascimento & Valladares Neto (1993), a infra-oclusão de molares decíduos pode ser definida, literalmente, como uma anomalia eruptiva na qual há perda da posição vertical do elemento dental envolvido, em relação aos seus adjacentes, permanecendo aquém do plano oclusal.

Esse fenômeno ocorre devido à fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar, com obliteração do ligamento periodontal em uma ou mais áreas ao redor da raiz, levando o dente acometido a localizar-se abaixo do plano oclusal (Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Ruschel et al., 1996; Corrêa et al., 1996; Costa et al., 1997; Vale et al., 1999; Rodrigues & Moraes, 1999).

Durante o desenvolvimento da dentição mista, o dente envolvido mantém-se fixo numa posição e impedido de continuar a irromper (Mendes & Mendes, 1991).

Essa anomalia foi descrita pela primeira vez em 1861, por Humm e, desde então, vários trabalhos têm sido publicados na literatura odontológica (Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996).

DIAGNÓSTICO

Um dente anquilosado pode ser diagnosticado ao exame clínico por vários critérios: a superfície oclusal total do dente afetado deve estar localizada no mínimo 1mm abaixo do plano oclusal (infra-oclusão), em comparação com os dentes não anquilosados; decrescente mobilidade em contraste com o outro molar decíduo não-anquilosado; percussão alte-

rada, emitindo um som agudo e claro ao contrário do som surdo do dente normal (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996; Rodrigues & Moraes, 1999).

O exame radiográfico do dente anquilosado normalmente revela obliteração do espaço do ligamento periodontal indicando a fusão do cimento radicular com o osso alveolar. Entretanto, em alguns casos, não é possível de se ver, pois a anomalia ocorre somente em um ponto microscópico ou ainda pela preferência de sua localização na área de bifurcação radicular (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996; Rodrigues & Moraes, 1999).

Nesse exame, observa-se também o nível ósseo marginal, reabsorções radiculares do molar decíduo e, ainda, o progresso eruptivo, inclinação e deslocamento do sucessor permanente (Nascimento & Valladares Neto, 1993).

ASPECTOS HISTOLÓGICOS

O quadro histológico da anquilose é de hiperatividade celular. Em uma área da raiz, predomina a atividade osteoclástica, enquanto em outra, os osteoblastos estão depositando tecido osteóide. É um processo dinâmico, pertencente à remodelação e reabsorção radicular (Ruschel et al., 1996).

Nos casos de anquilose na região de furca, o tecido osteóide pode ficar adjacente a uma fina camada de dentina que o separa dos odontoblastos. Quanto às características pulpares e periodontais, podem ser observa-

das: calcificações difusas, nódulos pulpares e fibrose, segundo Kurol & Magnusson (1984), apud Ruschel et al. (1996).

Observa-se, também, a ausência total ou parcial do ligamento periodontal, com conseqüente fusão anatômica direta do cimento e/ou dentina radicular com o osso alveolar (Nascimento & Valladares Neto, 1993).

CLASSIFICAÇÃO

Segundo Brearley & Mckibben (1973) e Nascimento & Valladares Neto (1993), a anquilose pode ser classificada conforme sua extensão de infra-oclusão em três graus: leve, moderado e severo. No grau leve, a face oclusal está localizada em torno de 1mm abaixo do plano oclusal; no moderado, a face oclusal está ao nível da área de contato dos dentes adjacentes; e, no severo, está localizada ao nível ou abaixo do tecido gengival interproximal de uma ou de ambas as superfícies dentárias adjacentes (Fig. 1).

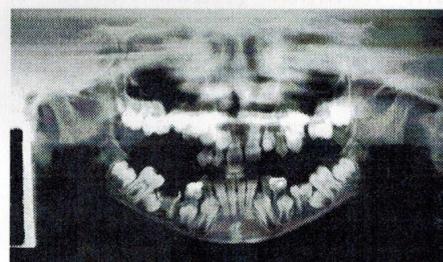


Fig. 1 - Radiografia panorâmica mostrando um caso de infra-oclusão generalizada envolvendo molares decíduos e permanentes

ETIOLOGIA

A etiologia da anquilose é desconhecida (Mundstock & Prietsch, 1994; Rodrigues & Moraes, 1999), porém algumas teorias têm sido sugeridas:

-Teoria do distúrbio do metabolismo local: qualquer causa que

altere ou pare o metabolismo local (desequilíbrio na homeostase reabsorção-reparação) pode determinar o desaparecimento do ligamento periodontal antes da reabsorção das raízes dos dentes decíduos. Dessa forma, o osso e o cimento ficam bem próximos e sem a presença do ligamento tendem a se fusionarem (Biederman, 1962; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996; Costa et al., 1997; Rodrigues & Moraes, 1999).

-Teoria do trauma: forças traumáticas e mastigatórias anormais, reimplante dentário ou injúria térmica do periodonto levam a um distúrbio no ligamento periodontal (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996; Costa et al., 1997).

-Teoria genética: Via Junior (1964) relatou incidência de 44% de pacientes com dentes anquilosados que tinham membros da família com anquilose dentária, sugerindo forte tendência familiar (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996; Costa et al., 1997; Rodrigues & Moraes, 1999).

- Outras causas propostas:

- deficiência na força de irrupção e a morfologia facial (Dixon, 1963);
- forças exercendo pressão no arco dentário, comprimindo dentes para infra-oclusão (Brearley & Mckibben, 1973);
- deficiente crescimento vertical do osso alveolar (Johnson, 1944);
- certos distúrbios como disostose cleidocranial que podem predispor à anquilose (Guedes-Pinto & Varoli, 1997);
- "gaps" na membrana periodontal (Costa et al., 1997).

CONSEQÜÊNCIAS DA ANQUILOSE DENTÁRIA

Considerada um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de maloclusão (Pires et al., 1993; Ruschel et al., 1996), a anquilose pode ser diagnosticada precocemente, evitando-se o aparecimento de seqüelas, tais como:

- mesialização dos dentes vizinhos ao dente anquilosado (Takahashi, 1995);
- extrusão do dente antagonista (Coutinho & Stulberg, 1995; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Takahashi, 1995);
- perda de espaço com diminuição do comprimento do arco (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Corrêa et al., 1996);
- atraso na esfoliação do dente afetado (Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995);
- atraso na erupção e/ou erupção ectópica do sucessor permanente (Nascimento & Valladares Neto, 1993);
- rotação do pré-molar decorrente da perda de espaço;
- alterações no desenvolvimento da raiz do pré-molar;
- hipoplasia ou hipocalcificação nos sucessores (Coutinho & Stulberg, 1994; Takahashi, 1995);
- dificuldade para o paciente realizar a escovação, o que aumenta a probabilidade do desenvolvimento de doença periodontal e cárie dentária (Coutinho & Stulberg, 1995; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Takahashi, 1995);
- mordida aberta posterior com interposição de língua (Coutinho & Stulberg, 1995; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Takahashi, 1995);
- aprofundamento da curva de Spee (Coutinho & Stulberg, 1995);

- desvio da linha mediana para o lado afetado (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Takahashi, 1995);

- na mastigação (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Takahashi, 1995).

A anquilose dos molares decíduos superiores com submersão total acarreta alterações estruturais graves no padrão esquelético facial (Caldas, 1989).

Quando acompanhada de agenesia simultânea do sucessor permanente, agrava-se mais do que quando o sucessor se encontra presente. A esfoliação apresenta-se severamente retardada e o grau de severidade da infra-oclusão é bem maior. A agenesia representa o fator de maior importância, tanto no planejamento como na época de tratamento (Mendes & Mendes, 1991) (Fig. 2).

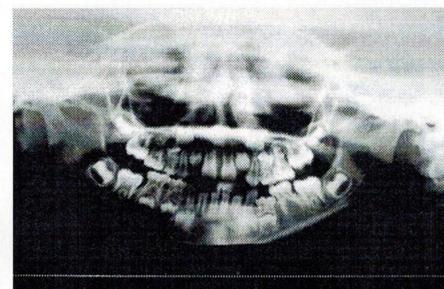


Fig. 2 - Radiografia panorâmica mostrando infra-oclusão do dente 74, com perda de espaço, conseqüência da inclinação dos dentes vizinhos.

PREVALÊNCIA

Os molares decíduos inferiores apresentam-se mais freqüentemente anquilosados (25 vezes mais chances) e o dente mais afetado é o 1º molar decíduo inferior (Biederman, 1962; Gugisch, 1993; Pires et al., 1993; Coutinho & Souza, 1994; Takahashi, 1995; Costa et al., 1997; Vale et al., 1999).

Segundo Nascimento & Valladares Neto, 1993; Coutinho & Souza, 1994; Coutinho & Stulberg,

1995; Ruschel et al., 1996 e Takahashi, 1995, os dentes decíduos são bem mais afetados do que os permanentes e não há diferença na prevalência entre os gêneros. Já Gugisch (1993) e Vale et al. (1999) observaram uma diferença estatisticamente maior para o gênero feminino.

A infra-oclusão pode ser detectada por volta dos três anos, mas o pico de sua prevalência ocorre entre oito e nove anos de idade (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Ruschel et al., 1996). As crianças negras são menos afetadas que as brancas (Coutinho & Stulberg, 1995; Ruschel et al., 1996).

Em pesquisa realizada por Gugisch (1993), na cidade de Curitiba - Paraná, a faixa etária de maior prevalência de dentes decíduos com anquilose dentoalveolar, em escolares do sexo masculino, foi a de 10 - 11 anos, com 15,3% e, em escolares do sexo feminino, entre 7 - 8 e 8 - 9 anos, com 17,1%.

Para Vale et al. (1999), não há diferença significativa quando se avalia a proporção de casos em cada idade, mas observa-se que, aos cinco anos, ocorre uma menor prevalência (1,7%) e que aos oito e nove anos, a prevalência aumenta (8%). Não há diferenças estatisticamente significantes quanto à lateralidade assim como em relação à ocorrência única ou múltipla da infra-oclusão.

Segundo Coutinho & Souza (1994) e Coutinho & Stulberg (1995), a infra-oclusão leve é mais observada que a moderada ou severa. Já Gugisch (1993) encontrou em maior número, em escolares do sexo masculino, a infra-oclusão de grau moderado, seguida da leve e da severa. Nos escolares do gênero feminino, o grau de severidade da infra-

oclusão mais prevalente foi leve, seguida da moderada e, por último, a severa.

A ocorrência contralateral é mais comum no arco inferior e a unilateral é mais observada no arco superior (Nascimento & Valladares Neto, 1993).

TRATAMENTOS

Tem-se como tratamentos de molares decíduos anquilosados as seguintes técnicas básicas:

1. Acompanhamento clínico e radiográfico: indicado em casos de infra-oclusão leve e quando não houver inclinação de dentes vizinhos ou extrusão de antagonistas. Esse acompanhamento é feito a cada 6/12 meses por radiografias e modelos de estudo e tem como objetivo avaliar a progressão da infra-oclusão, a reabsorção radicular do dente anquilosado e o estado de desenvolvimento e erupção do sucsor, intervindo somente quando necessário (Nascimento & Valladares Neto, 1993; Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Ruschel et al., 1996; Leite & Rodrigues, 1997; Rodrigues & Moraes, 1999).

2. Luxação cirúrgica: tem a finalidade de romper a ligação óssea de anquilose (Mendes & Mendes, 1991; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Ruschel et al., 1996; Leite & Rodrigues, 1997). É uma técnica que consiste em balançar o dente suavemente com o fórceps no sentido bucolingual, esperando-se que, dentro de seis meses, ocorra a esfoliação. Caso não

haja alguma alteração, pode-se repetir o procedimento. Não se obtendo resultado, deve-se fazer a exodontia do decíduo anquilosado.

3. Exodontia: indicada em casos de anquilose severa (Fig. 1) ou quando houver associação com maloclusão como inclinação dos dentes vizinhos (Fig. 2) ou extrusão de antagonistas, atraso na esfoliação do decíduo anquilosado que esteja retardando a formação radicular do dente permanente. Deve-se levar em consideração a necessidade de manutenção do espaço (Mendes & Mendes, 1991; Corrêa et al., 1991; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Ruschel et al., 1996; Corrêa et al., 1996; Costa et al., 1997; Leite & Rodrigues, 1997; Rodrigues & Moraes, 1999).

4. Reconstrução coronária: indicada em casos de infra-oclusão leve ou moderada e tem o objetivo de restaurar a função, impedir inclinações dos dentes adjacentes e evitar a extrusão do antagonista. Para o aumento da coroa clínica até atingir o plano oclusal, podem ser usadas coroas de aço ou resina composta (Mendes & Mendes, 1991; Corrêa et al., 1991; Nascimento & Valladares Neto, 1993; Mundstock & Prietsch, 1994; Coutinho & Stulberg, 1995; Takahashi, 1995; Costa et al., 1997; Leite & Rodrigues, 1997; Rodrigues & Moraes, 1999).

Como técnicas alternativas, tem-se a restauração indireta com resina composta - Onlay (Cavanaugh & Croll, 1994; Evans & Briggs, 1996).

Também em 1996, Menezes et al. sugeriram a colagem de fragmentos de dentes naturais obtidos a partir de bancos de dentes, a fim de restabelecer o plano oclusal e dar ao dente com infra-oclusão a funcionalidade necessária para os processos de rizólise e esfoliação.

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Caso 1 – Reconstrução com resina composta do dente 75 (Figs. 3 a 10).



Fig. 3 - Vista frontal das arcadas



Fig. 4 - Vista lateral do dente 75 em infra-oclusão, mostrando a ausência de contato oclusal e conseqüente extrusão do 65



Fig. 5 - Reconstrução coronária com resina composta direta



Fig. 6 - Restabelecimento dos contatos oclusais após reconstrução em resina

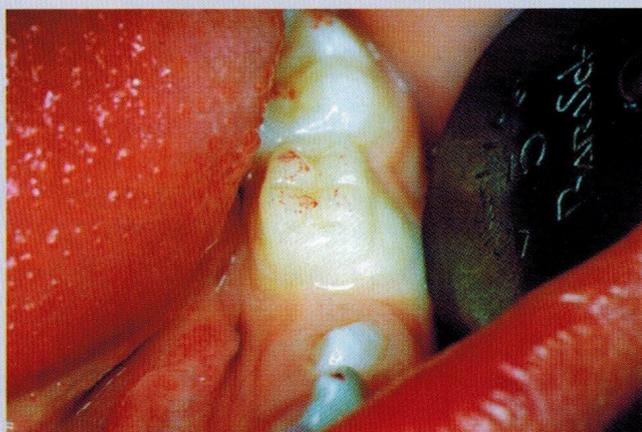


Fig. 7 - Devolução do contato oclusal estimulando a reabsorção radicular

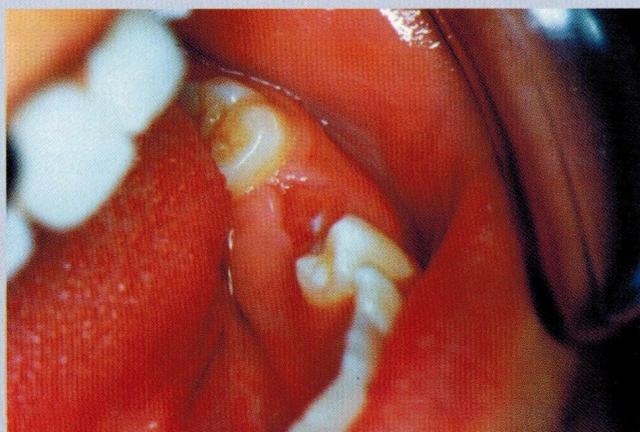


Fig. 8 - Esfoliação do dente 75 meses depois



Fig. 9 - Exame radiográfico inicial - set. 1997



Fig. 10 - Exame radiográfico prévio a esfoliação - nov. 1998

Caso 2 – Colagem de fragmento no dente 74. Caso cedido pelo Dr. Sérgio Luiz Pinheiro (Mestrando em Odontopediatria da FOUSP) (Figs. 11 a 15).



Fig. 11 - Vista lateral do dente 74 em infra-oclusão



Fig. 12 - Exame radiográfico inicial

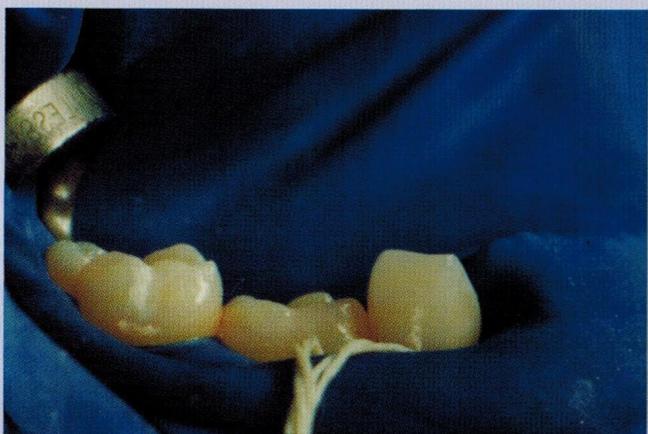


Fig. 13 - Vista vestibular do dente 74 em infra-oclusão

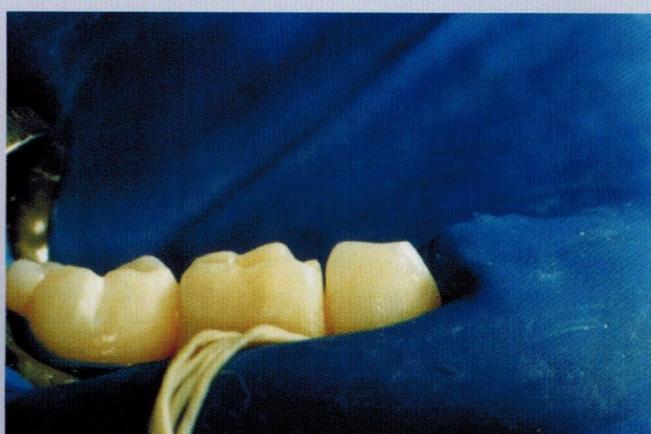


Fig. 14 - Vista vestibular após a colagem



Fig. 15 - Exame radiográfico após a colagem

CONCLUSÃO

Considerando-se a revisão de literatura elaborada e a experiência clínica dos autores, pode-se concluir que molares decíduos que se apresentam em infra-oclusão devem ser investigados quanto à possibilidade de encontrarem-se anquilosados, já que seu diagnóstico precoce pode prevenir a instalação de inúmeras maloclusões e posteriores seqüelas, assim como definir um tratamento mais conservador.

ABSTRACT

ALTERNATIVES TECHNIQUES FOR DENTAL ANKYLOSIS TREATMENT IN DECIDUOUS MOLARS

The dental ankylosis could be defined like an anatomic fusion of cement and/or dentin with alveolar bone, occurring in any time during the eruption process. Their etiologies are unknown yet and a lot of theories are suggested to try to explain. Its early diagnosis is very important to make possible a definition capable time, the treatment type to be employed, eluding a setting of a malocclusion. The authors do a bibliography revision about the subject, discussing different aspects like definition, etiology, diagnosis, histological aspects, classification, prevail and consequences to the development of the occlusion. All that a clinical conduct in front the dental ankylosis in deciduous tooth, different techniques are introduced as alternatives to the treatment of this dental disturb.

Keywords: Infraocclusion, ankylosis, malocclusion, deciduous tooth, anomalies of eruption.

AGRADECIMENTOS

À Sra. Danielle Dantas de Sousa, bibliotecária da Unicastelo (Campus IX), pela colaboração durante a elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIEDERMAN, W. Etiology and treatment of tooth ankylosis. **Amer. J. Orthodont.**, v. 48, p. 670-684, 1962.
2. BREARLEY, L. Y., MCKIBBEN, D. H. Ankylosis of primary molar teeth I. Prevalence and characteristics II. A longitudinal study. **J. Dent. Child.**, v. 50, p. 54-63, 1973.
3. CALDAS, Z. D. **Estudo radiográfico em indivíduos portadores de molares decíduos superiores anquilosados submersos.** 1989. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
4. CAVANAUGH, R. R., CROLL, T. P. Resin-bonded ceramic onlays for retained primary molars with infraocclusion. **Quintessence Int.**, v. 25, n. 7, p. 459-463, July 1994.
5. CORRÊA, M. S. N. P. et al. Diagnóstico e tratamento da anquilose dento-alveolar em molares decíduos : relato de caso. **Rev. Fac. Odontol. FZL**, v. 3, n. 2, p. 107-112, jul./dez. 1991.
6. CORRÊA, M. S. N. P. et al. Anquilose dental : relato de um caso pouco freqüente. **Rev. APCD**, v. 50, n.1, p. 50-54, jan./fev. 1996.
7. COSTA, C. A. S. et al. Anquilose dento-alveolar. **Odontol. Clín.**, v. 7, n.1, p. 51-56, jan./jun. 1997.
8. COUTINHO, T. C. L., SOUZA, I. P. R. Contribuição ao estudo da anquilose de molares decíduos em crianças e sua relação com os dentes permanentes sucessores. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 51, n. 5, p. 18-23, set./out. 1994.
9. STULBERG, I. Anquilose precoce de 2° molar decíduo inferior : relato de um caso. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 52, n. 1, p. 52-55, jan./ fev. 1995.
10. DIXON, D. A. Observations on submerging deciduous molars. **Dent. Practil.**, v. 13, p. 303-315, 1963.
11. EVANS, R. D., BRIGGS, P. F. A. Restoration of an infra-occluded primary molar with an indirect composite onlay : a case report and literature review. **Dental Update**, v. 23, n. 2, p. 52-54, Mar. 1996.
12. GUEDES-PINTO, A. C., VAROLI, O. J. Radiologia. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria.** 6. ed. São Paulo : Santos, 1997. Cap. 19, p. 264-265.
13. GUGISCH, R. C. **Prevalência de anquilose dento-alveolar de molares decíduos em escolares da cidade de Curitiba - PR.** 1993. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
14. JOHNSON, W. T. Unusual variation in identical twins and its ectiology. **Trans. Br. Soc. Orthodont.**, p. 82-85, 1944.
15. KUROL, J., MAGNUSSON, B. C. Infraocclusion of primary molars : a histologic study. **Scand. J. Dent. Res.**, v. 92, n. 6, p. 564-576, 1984.

16. LEITE, I. C. G., RODRIGUES, C. C. Anquilose em dentes decíduos: revisão literária e apresentação de casos clínicos. **Rev. CROMG**, v. 3, n. 2, p. 53-55, jul./dez. 1997.
17. MENDES, S. M. A., MENDES, S. M. A. Conduta para dentes decíduos anquilosados. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 48, n. 1, p. 11-17, jan./fev. 1991.
18. MENEZES, D. P., IMPARATO, J. C. P., BUSSADORI, S. K. Colagens de fragmentos em dentes decíduos anquilosados. **Liv. Anual Grupo Bras. Prof. Ortodontia e Odontopediatria**, v. 5, p.73-74, jan./dez. 1996.
19. MUNDSTOCK, K. S., PRIETSCH, J. R. Anquilose de molares decíduos. **Rev. Odontol. Ci.**, n. 18, p. 101-113, 2. semest. 1994.
20. NASCIMENTO, Z. C. P., VALLADARES NETO, J. Infra-oclusão em molares decíduos : preceitos literários. **Rev. Odontopediatria**, v. 4, n. 2, p. 183-191, out./dez. 1993.
21. PIRES, M. S. N., SANTOS, N. P., HADDAD, A. E. Anquilose dento-alveolar em dentes decíduos. **Rev. APCD**, v. 47, n. 1, p. 955-958, jan./fev. 1993.
22. RODRIGUES, C. R. M. D., MORAES, R. Anquilose dento-alveolar : considerações sobre etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **JBP**, v. 2, n.7, p.167-174, 1999.
23. RUSCHEL, H. C. et al. Anquilose dento-alveolar de molares decíduos : preceitos literários para uma conduta clínica racional. **Rev. ABO**, v. 53, n. 6, p. 48-52, nov./dez. 1996.
24. TAKAHASHI, C. R. I. **Apectos patológicos da anquilose de dentes decíduos**: implicações clínicas. 1995. Monografia (Especialização em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia, UNICASTELO.
25. VALE, M. P. P. et al. Estudo da prevalência da infra-oclusão de molares decíduos em crianças de Belo Horizonte (segundo a padronização da altura mínima de coroa clínica). **Rev. Pós-Grad. Odontol. USP**, v. 6, n. 1, p. 50-54, jan./mar. 1999.
26. VIA JUNIOR, W. F. Submergerd deciduous molars : familial tendencies. **J. Amer. Dent. Ass.**, v. 69, p. 127-129, 1964.

Correspondência para/Reprint requests to:

Roberta Almeida Chinchila

R. Camargo Pimentel, 251 - Jd. Guanabara - Campinas - SP - 13073-340.

Telefone: (19) 243-7602



*40 anos a serviço
da odontologia*

"Em parceria com a DENTÉCNICA".

**Aceitamos
Cartões:**

**VISA - DINERS
CREDICARD
MASTERCARD**

Escadaria Maria Ortiz, Nº 51 - Centro - Vitória - Esp. Santo
CEP 29015-130 - Tel/fax: (27) 222-7333 - E-mail: www.dentalzrocha@bol.com.br

Prof. Dr. Jaime Lanna Marinho

Pós-Graduado Orto. Univ. Fed. Rio de Janeiro • Especialista Reg. Cons. Fed. Odontologia
Efetivo da Soc. Bras. Odontologia • Fundador da Soc. Orto. Espírito Santo

**APARELHOS FIXOS E MÓVEIS
TRATAMENTO PREVENTIVO DESDE A 1ª INFÂNCIA
TRATAMENTO CORRETIVO ADOLESCENTE
TRATAMENTO DIFERENCIADO PARA ADULTOS**

Av. Nossa Senhora da Penha, 549 salas 201 a 203 - Praia do Canto - Vitória - ES - Tel. (27) 227-4189

CD para tarefas mais complexas. Os resultados são apresentados a seguir.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Dos 386 questionários enviados, foram recuperados 206 (53,36%). A taxa de resposta obtida foi menor que a encontrada por outros autores, neste tipo de metodologia: Differding-Beatty & Boyer (1994) contaram com 60% de respostas da amostra selecionada, e Daniel et al. (1996) obtiveram 58%. O viés de atrição (perda de indivíduos) não deve ser desconsiderado, já que os não respondentes podem possuir características comuns entre si e diversas dos THDs que responderam ao questionário. De acordo com a metodologia utilizada (Oppenheim, 1993), alguns cuidados foram tomados para evitar o viés de atrição: uso de papéis e envelopes timbrados fornecidos pela instituição onde se realizou a pesquisa (Unicastelo-SP), envio de carta inicial explicativa anterior ao encaminhamento do questionário, fornecimento de envelope selado para as respostas e sorteio de dez compact-discs entre os participantes. Sabe-se que a perda de respostas dos indivíduos pode constituir uma limitação do estudo se considerarmos, erroneamente, somente os questionários respondidos como característicos dos THDs do Estado de São Paulo. Talvez se todos os questionários enviados tivessem sido recuperados, os resultados encontrados fossem diferentes.

Dentre os 206 questionários recuperados, 29 (14,07%) foram excluídos por estarem pre-

enchidos de maneira incompleta. Não foi encontrado nenhum questionário totalmente em branco e, de maneira geral, os que foram eliminados apresentaram poucas questões em branco. Além disso, não houve um padrão de questões não respondidas.

O THD do Estado de São Paulo é predominantemente do gênero feminino, já que 96,61% da população estudada (171, do total de 177 indivíduos) são mulheres. Esse resultado se assemelha ao encontrado por Ribeiro et al. (1997), que estudaram o perfil desse RH no Estado de Minas Gerais. Os autores detectaram que, nesse Estado, 95,7% dos THDs são do gênero feminino.

Quanto à faixa etária, os resultados encontrados em São Paulo diferem um pouco dos dados de Minas Gerais. Enquanto em Minas Gerais, Ribeiro et al. (1997) encontraram uma "força de trabalho relativamente jovem", com 138 (85,7%) estando na faixa etária de 20 a 39 anos, em São Paulo, foram encontrados, nessa faixa etária, 121 THDs (68,33%) devendo, portanto, considerar-se importante também a faixa desse RH entre os 40 e 49 anos de idade (48 THDs, ou 27,11%) (Fig. 1).

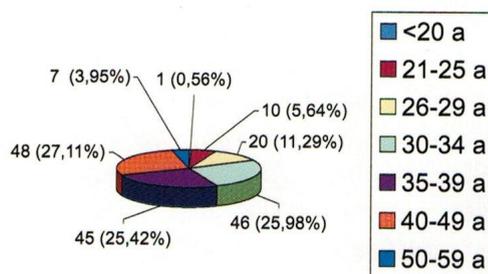


Fig. 1 - THDs segundo a faixa etária. Estado de São Paulo, 1999

Falando a respeito do setor onde os THDs desenvolvem seu

trabalho, a maioria (113/177, 63,84%) declarou estar trabalhando no serviço público, ao passo que quarenta (22,59%) trabalham no setor privado e apenas seis THDs (3,38%) prestam serviços tanto no setor público quanto no privado (Fig. 2). Foram encontrados dezoito THDs (10,16%) que trabalham em outras funções não relacionadas com o serviço odontológico, ou declararam não estarem, no momento, exercendo nenhum tipo de atividade remunerada (Fig. 3).

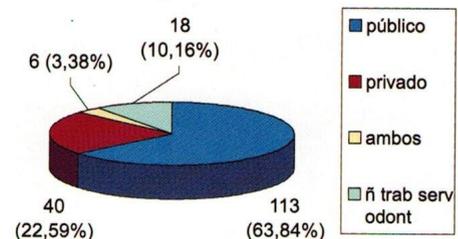


Fig. 2 - THDs segundo o setor de trabalho. Estado de São Paulo, 1999

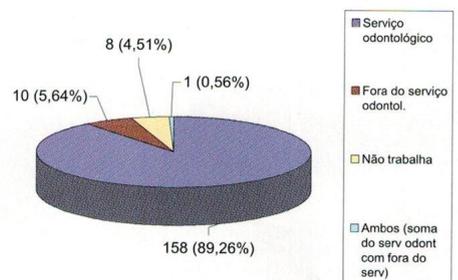


Fig. 3 - THDs segundo a função que exercem em seu trabalho. Estado de São Paulo, 1999

A maior parte dos THDs ou 96/159 (60,37%) trabalha 8 horas diárias; em Minas Gerais, apenas 44 (27,3%) trabalham com essa jornada diária (Ribeiro et al., 1997). Foram encontrados 32 (20,12%) que trabalham 6 horas e 12 (7,54%) trabalham 10 horas por dia. Somente 6 THDs (3,77%) trabalham 12 horas, e apenas 2 (1,25%) trabalham 4 horas diárias (Fig. 4).