

Trabalho de Conclusão de Curso

O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA

Aline Vieira Souza



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Aline Vieira Souza

**O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE ORTODONTIA
PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Daltro Éneas Ritter
Coorientadora: Ms. Marina Steinbach

Florianópolis

2015

Aline Vieira Souza

**O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE ORTODONTIA PREVENTIVA E
INTERCEPTATIVA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 19 de outubro de 2015.

Banca examinadora:



Daltró Enéas Ritter
Professor da Disciplina
de Ortodontia
UFSC

Prof. Dr. Daltró Ritter

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Roberto Rocha

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dr.^a Renata Castro

Universidade Federal de Santa Catarina

**Aos meus amados pais, Carmen e Orlando,
por todo apoio e amor oferecidos. Por
acreditarem em mim e não medirem esforços
para tornar meus sonhos realidade.**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, muito além da finalidade acadêmica, representa a conclusão de uma etapa e o início de outra. Sou eternamente grata a todos aqueles, que de alguma forma, estiveram comigo nessa jornada. Sem o apoio de vocês, eu não teria chegado até aqui.

À Deus, por me presentear com uma vida maravilhosa e todas as condições necessárias para poder alcançar os meus sonhos e objetivos. Por me abençoar, a cada dia, e me conceder a oportunidade de evoluir e aprimorar minha alma.

Aos meus queridos pais, Carmen e Orlando, por todo amor e dedicação oferecidos. Obrigada por terem me proporcionado a vida e por priorizarem sempre, pela minha educação. É por vocês que busco a determinação de tornar os meus sonhos realidade, por isso, todas as minhas conquistas serão sempre dedicadas a vocês.

À minha irmã, Maria Eduarda, a qual é parte de mim. Obrigada pela paciência que teve comigo durante toda a graduação e pela companhia mana, amo você muito.

À minha família, em especial minha tia Selma, minha prima Luiza, e ao meu afilhado Benjamin. Obrigada pela compreensão e pelo suporte nos momentos em que mais precisei, vocês estiveram sempre ao meu lado.

Ao meu namorado, Luciano, fiel companheiro, sempre pronto para me acolher e ajudar. Obrigada simplesmente por se fazer presente na minha vida, e por compartilhar dos meus sonhos e acreditar neles.

Meus sinceros agradecimentos aos Professores Daltro e Renata, muito obrigada pela paciência e pelo aprendizado para execução deste trabalho. Suas orientações e incentivos tornaram possível a conclusão desta monografia.

Agradeço também a mestre Marina, que tão bem transmitiu conhecimentos para a realização deste trabalho.

Às minhas irmãs de coração, Amábilli e Marcella, por toda a cumplicidade e companheirismo durante todos esses anos de amizade. Sei que nossa amizade irá durar para sempre.

À esta Universidade, que me abriu muitos caminhos e ampliou minha visão sobre o mundo, e a todo o corpo docente que fez parte da minha trajetória no curso de graduação. Não posso negar o orgulho em dizer que sou discente da Universidade

Federal de Santa Catarina, que, apesar de tantas faltas, oferece um ensino de excelência.

À dupla e amiga Cristhiani, pela amizade e por todo o aprendizado. Sua companhia no dia-a-dia foi fundamental para que eu amadurecesse e chegasse até aqui.

Às grandes amigas que a Odontologia me deu, Carolina, Roberta e Stefânia pela amizade. A companhia de vocês, fez meus dias mais leves e alegres, mesmo nos momentos difíceis. Vocês estarão sempre presentes nas minhas melhores lembranças.

Aos demais amigos e colegas, pela convivência e experiências que obtive durante esses cinco anos de graduação. Obrigada pelos momentos compartilhados, com certeza valeu a pena.

**“Procure descobrir o seu caminho na vida.
Ninguém é responsável por nosso destino, a
não ser nós mesmos.”**

(Chico Xavier)

RESUMO

Com a diminuição da prevalência e severidade da cárie dentária e da doença periodontal, outros problemas odontológicos de saúde bucal vêm ganhando destaque no cenário mundial, entre eles as maloclusões. Elas são caracterizadas por desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, podendo ocasionar alterações funcionais, estéticas ou psicossociais. Tendo em vista possíveis prejuízos na vida do indivíduo, e a falta de acesso da maioria da população brasileira, tornou-se necessária a incorporação de políticas que viabilizem a atenção às maloclusões no setor público, ampliando assim a cobertura dos serviços de saúde bucal. É imprescindível que os cirurgiões-dentistas em formação adquiram competências na área de Ortodontia Preventiva e Interceptativa a fim de que possam trabalhar em setores públicos ou privados. O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário, disponibilizado e aplicado, na plataforma SurveyMonkey®, à 143 graduandos em Odontologia, matriculados regularmente da 6ª à 10ª fase letiva do curso, no primeiro semestre de 2015. O questionário foi composto por seis casos clínicos, que apresentavam radiografias e fotografias de cinco pacientes portadores de maloclusões e um paciente portador de oclusão normal. O questionário abordou conteúdos sobre o desenvolvimento de uma oclusão normal, problemas de espaço (manutenção e recuperação de espaço), problemas verticais da maxila (mordida aberta anterior) e problemas transversos da maxila (mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior). Os resultados demonstraram que os alunos da 6ª fase alcançaram apenas 44,2% acertos. Essa dificuldade de compreensão pode ser explicada pelo não contato com o conteúdo teórico da área em questão. Os estudantes da 7ª e 8ª fases apresentaram intermediários percentuais de acertos, porém os da 7ª fase apresentaram resultados superiores (75,3%) aos da 8ª fase (66,1%). Esse fato foi verificado provavelmente devido à ausência de conteúdos teóricos e práticos sobre as maloclusões na 8ª fase do curso. Os graduandos da 9ª e 10ª fases obtiveram os melhores índices de acerto da pesquisa, com respectivamente 82,3% e 81,0%, ou seja, percentuais bem semelhantes. Os resultados sugerem que o estudo da teoria, juntamente com o desenvolvimento de atividades clínicas, facilita

aos graduandos em Odontologia, a apreensão dos conteúdos necessários para a atenção às maloclusões. Ainda que, de maneira geral os resultados sejam satisfatórios, esse estudo analisa apenas o conhecimento dos alunos, não avaliando a aptidão prática e a habilidade dos estudantes.

Palavras-chave: Ensino em Saúde. Ortodontia. Diagnóstico. Prevenção.

ABSTRACT

With the decline in prevalence and severity of dental caries and periodontal disease, other dental problems of oral health are gaining prominence on the world stage, including the malocclusion. They are characterized by deviations from normality of the dental arches, the facial skeleton, may cause changes functional, aesthetic or psychosocial. In view of possible losses in the individual's life, and the lack of access of the majority of the population, it became necessary to incorporate policies that enable attention to malocclusions in the public sector, thus expanding the coverage of oral health services. It is essential that students acquire skills in Dentistry in the area of Preventive and Interceptive Orthodontics so that they can work in public or private sectors. The objective of this study was to assess the knowledge of students in Dentistry, Federal University of Santa Catarina on Preventive and Interceptive Orthodontics. The survey was conducted through a questionnaire, available and applied in SurveyMonkey® platform, with the 143 students in Dentistry, enrolled from 6th to 10th phases of the course, the first half of 2015. The questionnaire was composed of six cases, presenting radiographs and photographs of five patients with malocclusions and one patient with normal occlusion. The questionnaire included content on the development of a normal occlusion, problems of space (space maintenance and space recovery), vertical problems maxillary (anterior open bite) and transverse problems maxillary (anterior cross bite and posterior cross bite). The students from 6th phase hit 44.2%. This difficulty of understanding can be explained by lack with the theoretical contents of the area in question. The students of 7th and 8th phases showed intermediate percentage of hits, but the 7th stage showed better results (75,3%) than 8th period (66,1%). This fact was probably checked by the absence of theoretical and practical content of the malocclusions in the 8th stage of the course. Graduating students of the 9th and 10th phases have the best hit index of the research, with respectively 82,3% and 81,0%, with very similar percentages. The results suggest that the study of theory, along with the development of clinical activities, makes it easy for students in Dentistry, the learning contents necessary for attention to malocclusions. Although in general the results are satisfactory, this study only analyzes the knowledge of studentes, not evaluating the practical ability of students.

Keywords: Health Education. Orthodontics. Diagnosis. Prevention.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição do total de alunos e dos participantes por fase.....	36
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Percentual de acertos por questão e média de acertos por fase..... 37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 1 por fase.....	37
GRÁFICO 2 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 2 por fase.....	38
GRÁFICO 3 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 3 por fase.....	39
GRÁFICO 4 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 4 por fase.....	39
GRÁFICO 5 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 5 por fase.....	40
GRÁFICO 6 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 6 por fase.....	41

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 1.....	62
FIGURA 2 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 1.....	62
FIGURA 3 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 1.....	62
FIGURA 4 – Fotografia oclusal superior - Paciente 1.....	62
FIGURA 5 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 1.....	62
FIGURA 6 – Radiografia panorâmica - Paciente 1.....	63
FIGURA 7 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 2.....	64
FIGURA 8 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 2.....	64
FIGURA 9 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 2.....	64
FIGURA 10 – Fotografia oclusal superior - Paciente 2.....	64
FIGURA 11 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 2.....	64
FIGURA 12 – Radiografia panorâmica - Paciente 2	65
FIGURA 13 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 3.....	66
FIGURA 14 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 3.....	66
FIGURA 15 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 3.....	66
FIGURA 16 – Fotografia oclusal superior - Paciente 3.....	66
FIGURA 17 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 3.....	66
FIGURA 18 – Radiografia panorâmica - Paciente 3.....	67
FIGURA 19 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 4.....	68
FIGURA 20 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 4.....	68
FIGURA 21 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 4.....	68
FIGURA 22 – Fotografia oclusal superior - Paciente 4.....	68
FIGURA 23 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 4.....	68
FIGURA 24 – Radiografia panorâmica - Paciente 4.....	69
FIGURA 25 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 5.....	70
FIGURA 26 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 5.....	70
FIGURA 27 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 5.....	70
FIGURA 28 – Fotografia oclusal superior - Paciente 5.....	70
FIGURA 29 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 5.....	70
FIGURA 30 – Radiografia panorâmica - Paciente 5.....	71
FIGURA 31 – Fotografia intra-oral frontal – Paciente 6.....	72
FIGURA 32 – Fotografia intra-oral direita – Paciente 6.....	72
FIGURA 33 – Fotografia intra-oral esquerda – Paciente 6.....	72
FIGURA 34 – Radiografia panorâmica – Paciente 6.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
OMS – Organização Mundial da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
ESBs – Equipes de Saúde Bucal
PSF – Programa de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
AB – Atenção Básica
CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia
IES – Instituições de Ensino Superior
MS – Ministério da Saúde
UE – União Europeia
EUA – Estados Unidos
ADA – Associação Americana de Odontologia
CFO – Conselho Federal de Odontologia

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Ortodontia nos Cursos de Graduação em Odontologia	20
3.2	Diretrizes Curriculares Nacionais	21
3.3	Ortodontia Preventiva e Interceptativa	22
3.4	Ortodontia e sua implementação no Sistema Único de Saúde ...	28
4.	MÉTODO	31
4.1	Contextualização do Local da Pesquisa	31
4.2	Participantes	31
4.3	Crerios de Exclusão	31
4.4	Delineamento da Pesquisa	32
4.5	Instrumento de Coleta de Dados.....	32
4.6	Coleta de Dados	33
4.7	Análise dos Dados	34
4.8	Aspectos Éticos.....	34
5.	RESULTADOS	36
6.	DISCUSSÃO	42
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
8.	RECOMENDAÇÕES	51
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
10.	APÊNDICES.....	56
	APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS OU RESPONSÁVEIS)	56

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRADUANDOS)	58
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO.....	60
11. ANEXOS.....	74
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISAS EM SERES HUMANOS.....	74

1. INTRODUÇÃO

Dentre os problemas bucais mais frequentes na população brasileira estão a cárie dentária e a doença periodontal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1997), as maloclusões ocupam a terceira posição na escala de prioridades de problemas odontológicos. Essa mudança pode ser atribuída à uma melhora geral na saúde bucal, consequência do declínio da doença cárie e maior acesso ao tratamento odontológico (OLIVEIRA, 2004).

Além de causarem desarmonias funcionais esqueléticas e alterações na fonação e mastigação do indivíduo, as maloclusões geram problemas estéticos que podem dificultar a inserção do mesmo na sociedade (MACIEL, 2006).

Tendo em vista possíveis prejuízos na vida do indivíduo e a falta de acesso da maioria da população brasileira ao tratamento ortodôntico, tornou-se necessário a incorporação de políticas que viabilizassem à atenção as maloclusões no setor público, possibilitando a ampliação da cobertura dos serviços de saúde pública no Brasil (OLIVEIRA, 2004; MACIEL, 2006).

A mudança no modelo de atenção em saúde bucal adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem se dado de maneira progressiva. Teve início em 2001, com a inclusão da área de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Seguiu com a elaboração, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB), que, reorientou as práticas de saúde bucal, e regulamentou a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, 2002).

A inclusão da atenção às maloclusões, com vistas ao tratamento Preventivo e Interceptativo na Atenção Básica (AB), facilitaria o acesso ao tratamento das maloclusões, e poderia diminuir necessidades futuras de um tratamento ortodôntico complexo (GUZZO, 2013).

Porém, a inclusão dessas ações e serviços no SUS é um processo complexo e gradual que necessita de um planejamento adequado, com equipe multiprofissional qualificada, viabilização de exames complementares, disponibilização de serviços laboratoriais e cirurgias-dentistas capacitados para realização dos procedimentos ortodônticos (HEBLING, 2007).

Segundo Maciel (2006), grande parte da atenção às maloclusões pode ser realizada pelo cirurgião-dentista generalista. A capacitação para realização dessas ações fica sob o conteúdo da área de Ortodontia, especificamente na Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Os cursos de graduação em Odontologia deveriam ser capazes de desenvolver nos futuros cirurgiões-dentistas a qualificação adequada para a atenção às maloclusões na AB (MIGUEL, 2005, 2008).

É importante ressaltar que as Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos de graduação em Odontologia possuem currículos diferentes, porém com princípios norteadores que possibilitam o desenvolvimento de competências segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). A implantação dessas DCNs nos cursos de Odontologia serve como apoio e direcionamento para a formação profissional do cirurgião-dentista. Elas têm como objetivo formar um profissional integral e aproximá-lo da realidade social e epidemiológica do país (BRASIL, 2002; FONSECA, 2012).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo principal verificar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da UFSC sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os conteúdos de Ortodontia Preventiva e Interceptativa presentes no currículo do curso de graduação em Odontologia da UFSC;
- Elaborar um instrumento para medir os conhecimentos básicos necessários na área;
- Aplicar o instrumento elaborado;
- Analisar descritivamente os dados coletados; e
- Comparar o conhecimento dos graduandos de 6ª a 10ª fase.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Ortodontia nos Cursos de Graduação em Odontologia

A Ortodontia, segundo Proffit (2007), é o ramo da Odontologia que visa à supervisão, orientação e correção do crescimento e maturação das estruturas dentofaciais.

A Lei nº 5081/66, que regula o exercício da Odontologia, determina ao cirurgião-dentista clínico geral praticar ações de diagnóstico e tratamento, pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso de graduação; e a Disciplina de Ortodontia faz parte do currículo dos cursos de graduação em Odontologia, desde 1856 com o nome de “Ortopedia Dentária” (BRASIL, 1964).

O ensino da Ortodontia nos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil geralmente não possui uniformidade, e varia tanto nas universidades federais quanto nas particulares. A Disciplina de Ortodontia nos Cursos de Graduação geralmente apresenta conceitos básicos teóricos e práticos, mas varia na extensão dos assuntos abordados e na presença ou ausência de atividades clínicas, sendo proporcional à carga horária disponível para cada curso (MACIEL, 2006; MARUO, 2009).

Apesar da falta de padronização, o Ensino em Ortodontia deveria focar principalmente o desenvolvimento da oclusão normal, o crescimento dos ossos faciais, bem como o embasamento necessário para que o aluno consiga diagnosticar anormalidades nos maxilares e desvios no padrão normal de crescimento (MACIEL, 2006).

Segundo Maruo (2009), em seu estudo realizado para avaliação da prática da Ortodontia pelo cirurgião-dentista não-especialista, por meio da análise da legislação e dos julgados dos tribunais, nenhum dos programas de graduação, instituições federais ou particulares, possibilita o exercício pleno da especialidade de Ortodontia, havendo necessidade da realização de um curso de pós-graduação.

Maruo (2009) relata em seu estudo que somente os cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu* são competentes para ensinar Ortodontia Corretiva. Os cursos *stricto sensu* compreendem programas de especialização enquanto os cursos *lato sensu* compreendem programas de mestrado e doutorado.

Apesar da Lei nº 5081/66 possibilitar ao cirurgião-dentista generalista praticar todos os conhecimentos de Ortodontia adquiridos em curso regular, cabe ao cirurgião-

dentista bom senso para atuar somente no que se sentir capacitado, de maneira competente e profissional.

3.2 Diretrizes Curriculares Nacionais

As DCNs para os cursos de graduação em Odontologia foram implementadas pelo Conselho Nacional de Educação Superior, em conjunto com a Câmara de Educação Superior, por meio da Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002. A resolução teve como objetivo principal organizar o currículo das IES para realizar uma formação mais adequada aos cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2002; FONSECA, 2012).

O artigo 3º da Resolução afirma que, a Odontologia tem como “perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico” (BRASIL, 2002).

Em termos gerais a formação do cirurgião-dentista requer o desenvolvimento das seguintes habilidades: (a) atenção à saúde; (b) tomada de decisões; (c) comunicação; (d) liderança; (e) administração e gerenciamento; e (f) educação permanente (BRASIL, 2002).

Com relação as competências e habilidades específicas, a formação do cirurgião-dentista inclui: respeito aos princípios éticos inerentes ao exercício profissional; atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; assistência odontológica individual e coletiva; atuação na promoção de saúde e prevenção de doenças e distúrbios bucais; diagnóstico de doenças do complexo bucomaxilo-facial; análise e interpretação de resultados de exames, comunicação com outros profissionais da saúde e comunidade em geral; elaboração e execução de planos de tratamento adequados; entre outras. (BRASIL, 2002)

Dentre os conteúdos curriculares presentes no projeto pedagógico do curso estão: ciências biológicas; ciências humanas e sociais, ciências odontológicas e estágios curriculares, que requerem no mínimo 20% da carga horária total. Além das atividades obrigatórias, o currículo pode ser complementado com outras atividades como monitorias, estágios não obrigatórios, iniciação científica, estudos

complementares, palestras na área odontológica e cursos realizados em outras áreas afins, com o intuito de contribuir para a inovação e qualidade do curso (BRASIL, 2002).

No geral, a instituição das DCNs objetiva transformações na organização do curso; perfil do egresso; competências, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares (FONSECA, 2012).

É importante ressaltar que as DCNs não são apenas um conjunto de regras com aspecto legal, elas permitem que as universidades reformulem os seus currículos de forma autônoma e flexível e substituam currículos fixos e padronizados. A reformulação de um currículo deve ser um processo contínuo, dinâmico e compatível com o perfil social atual do país (PINHEIRO, 2009).

Segundo Fonseca (2012), a grande dificuldade de implantação das DCNs em 2001, é que historicamente as universidades direcionam a formação profissional para o mercado de trabalho privado. As IES precisam auxiliar os alunos principalmente no entendimento das necessidades de saúde da população brasileira e nas diferentes possibilidades de mercado de trabalho.

De acordo com Senna e Lima (2002), “A construção das DCNs em Odontologia, de um lado está associada a reestruturação produtiva do capitalismo global e por outro lado luta pela reconquista de sua legitimidade social e consolidação do SUS”.

Em estudos recentes que avaliam a formação dos cirurgiões-dentistas, há evidências da necessidade de mudança para uma formação acadêmica voltada para o serviço público, pautada na promoção da saúde e na solução dos problemas causados pelas doenças bucais mais prevalentes (PINHEIRO, 2009).

A respeito do ensino ortodôntico, no documento referente às DCNs, a Ortodontia não é incluída no conjunto das Disciplinas de clínicas odontológicas e sim como complemento da Odontologia Pediátrica com ênfase em suas medidas preventivas. Portanto as DCNs preconizam que cursos de Graduação em Odontologia enfatizem o ensino da Ortodontia Preventiva e Interceptativa (BRASIL, 2002).

3.3 Ortodontia Preventiva e Interceptativa

A Ortodontia é o ramo da Odontologia que tem como objetivos principais: estabelecer uma oclusão dentária normal, obter estética facial agradável e manter boa

estabilidade dos resultados dos tratamentos ortodônticos (MOYERS, 1991; PROFFIT, 2007).

O conceito de oclusão normal foi definido por Angle (1907) como sendo “as relações normais dos planos inclinados dos dentes quando os maxilares são ocluídos.”

Sob a mesma abordagem, Strang (1943) definiu oclusão normal como:

“Um complexo estrutural composto fundamentalmente por dentes e ossos basais, caracterizado pela relação normal dos chamados planos inclinados dos dentes, que estão individual e coletivamente localizados em harmonia arquitetônica com seus respectivos ossos basais e com a anatomia craniana, exibem corretos contatos interproximais e inclinações axiais e possuem, associados a eles, crescimento, desenvolvimento e localização normais dos tecidos adjacentes.”

De acordo com Bressolin (2000), as maloclusões são caracterizadas por desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto facial ou de ambos, alterando funções do aparelho estomatognático e a aparência dos indivíduos afetados. Portanto, toda variação da oclusão normal é denominada de maloclusão. Este conceito, apesar de correto, faz com que praticamente todos os casos se enquadrem na classe das maloclusões. Proffit (2007) atenta para o fato de que, apesar de as maloclusões ocorrerem na maioria da população, isso não significa fator de normalidade. Esse desvio de anormalidade além de influenciar na função e estética do indivíduo portador, influencia na qualidade de vida e prejudica a interação social e o bem-estar psicológico do mesmo.

Conforme Almeida et al (1999), o conhecimento da etiologia das maloclusões é fundamental para o correto diagnóstico e sucesso do tratamento ortodôntico e deve ser de domínio do clínico-geral, odontopediatra e ortodontista.

A etiologia das maloclusões possui origem multifatorial e pode ser dividida em fatores extrínsecos e intrínsecos. Nos fatores extrínsecos ou gerais incluem-se: hereditariedade; deformidades congênitas; meio-ambiente pré e pós-natal; enfermidades sistêmicas; hábitos e pressões anormais, acidentes e traumatismos. Já os fatores intrínsecos compreendem: anomalias dentais de número, forma e tamanho; freios labiais anormais; perda precoce de dentes decíduos; retenção prolongada e reabsorção anormal de dentes decíduos; atraso na erupção de dentes permanentes;

dentes anquilosados; via anormal de erupção de elementos dentários e restaurações inadequadas (GRABER, 1972; MOYERS, 1991).

A incidência das maloclusões pode ser efetivamente reduzida se forem diagnosticados precocemente fatores que influenciam no desenvolvimento normal da oclusão dentária. Desse modo, o grau de severidade dos problemas ortodônticos pode ser atenuado ou até ser prevenido utilizando procedimentos simples de Ortodontia Preventiva e Interceptativa em crianças e pré-adolescentes (ALMEIDA et al, 1999).

A Ortodontia Preventiva emprega procedimentos que previnem a instalação de maloclusões, preservando assim a evolução normal de oclusão (GRABER, 1972). Ela é de fácil aplicabilidade prática e baixo custo operacional. Entre os principais procedimentos realizados estão o diagnóstico precoce com a eliminação de hábitos orais deletérios e a manutenção de espaço após a perda precoce de dentes decíduos com o uso de mantenedores de espaço (PROFFIT, 2007).

Já a Ortodontia Interceptora objetiva interromper uma situação anormal já existente com o intuito de reestabelecer a evolução normal de oclusão (GRABER, 1972). Existem diversas formas de interceptar maloclusões sendo a mais comum através do uso de aparelhos ortodônticos. Entre eles, os mais utilizados são: aparelhos recuperadores de espaço para dentes decíduos perdidos precocemente, instalação de placa com grade palatina para tratamento de mordida aberta anterior; aparelhos expansores maxilares para interceptação de mordida cruzada posterior; dentre outros (PROFFIT, 2007).

Entretanto argumenta-se que a intervenção precoce nem sempre é suficiente para o tratamento da maloclusão. Pacientes com problemas ortodônticos complexos provavelmente precisaram de uma segunda fase de tratamento durante a dentição permanente, mesmo que o tratamento precoce tenha sido executado de maneira adequada (MOYERS, 1991; PROFFIT, 2007).

Além disso, em alguns casos, o tratamento preventivo e interceptativo não é indicado. Existem situações que a utilização de medidas interceptoras não contribui para o desenvolvimento dentofacial, apenas aumenta o tempo e o custo do tratamento gerando um desânimo do paciente quanto a terapia ortodôntica. Contudo é indispensável conhecimento científico e experiência profissional para distinguir quais casos devem ou não ser tratados precocemente (MOYERS, 1991; PROFFIT, 2007).

O tratamento preventivo e interceptativo em crianças e pré-adolescentes pode ser aplicado tanto para problemas de maloclusão de origem dentária quanto para

problemas de maloclusão de origem esquelética. O momento ideal para o tratamento preventivo, quando indicado, é antes do término do surto de crescimento puberal. Portanto para que ocorra modificação no crescimento do paciente, o paciente deve estar crescendo (PROFFIT, 2007).

Dentre os casos que devem ser tratados precocemente estão: 1- Perda precoce dos dentes decíduos; 2- Remoção dos hábitos bucais deletérios e mordida aberta anterior; 3- Mordida cruzada posterior e 4- Mordida cruzada anterior. Alguns casos podem ser tratados precocemente como: 1- Classe II esquelética, 2- Falsa Classe III e 3- Classe III por deficiência maxilar. Os casos que não devem ser tratados precocemente são: 1- Fase do “patinho feio”, 2- Classe III por prognatismo mandibular, 3- Classe II com severa deficiência mandibular (ALMEIDA et al, 1999).

Diante do contexto deste trabalho os casos que devem ser tratados precocemente serão relatados abaixo com maior profundidade:

1- Perda precoce de dentes decíduos relacionada a problemas de espaço:

Os dentes decíduos apresentam importantes funções como mastigação, fonação, estética e manutenção de espaço, tanto méso-distal quanto cérvico-oclusal, para o correto posicionamento dos dentes permanentes. Quando perdidos precocemente, podem causar a migração de dentes adjacentes para a região da perda, levando ao fechamento ou redução do espaço destinado à erupção do dente permanente sucessor, além de gerar problemas estéticos, fonéticos e de ordem psicológica (COELHO, 2003).

Antes de iniciar o tratamento para perda precoce do dente decíduo deve-se avaliar o tempo decorrido da perda dental, o espaço presente e requerido dos arcos dentários e a presença e o estágio em que o dente permanente se apresenta. Caso o desenvolvimento do dente permanente esteja anterior ao estágio 6 de Nolla, o qual corresponde à época em que os dentes iniciam o movimento eruptivo, deve ocorrer manutenção do espaço (MOYERS, 1991; COELHO, 2003).

O exame clínico, exame radiográfico, e a análise da discrepância de modelos são manobras indispensáveis para estabelecer o correto diagnóstico e consequente plano de tratamento dos pacientes. A análise da discrepância de modelos é calculada através da diferença entre o volume dental (espaço requerido - ER) e o espaço disponível no osso basal (espaço presente - EP). Essa análise deve ser realizada na

dentadura mista ou permanente e pode ser feita através dos métodos de Moyers, Huckaba e Telerradiografia em 45° (MOYERS, 1991; PROFFIT, 2007).

Uma vez medidos os valores, obtém-se a discrepância do arco pela diferença entre o espaço presente e o espaço requerido. Essa diferença pode ter um valor: positivo, quando o espaço presente é maior que o espaço requerido, portanto vai haver sobra de espaço ósseo para a erupção dos dentes permanentes; nulo, quando o espaço presente é igual ao requerido, ou seja, o tamanho ósseo é justo para abrigar os dentes permanentes; ou negativo, quando o espaço presente é menor que o espaço requerido, ou seja, não vai haver espaço para a erupção dos dentes permanentes (MOYERS, 1991).

Quanto as opções de tratamento, Proffit (2007) relata que a manutenção de espaço é apropriada apenas quando o espaço adequado está disponível, ou seja, quando ocorre perda precoce de dentes decíduos e o valor da discrepância de modelos é positivo ou nulo. Várias técnicas de tratamento podem ser utilizadas para manutenção de espaço como: mantenedor de espaço do tipo banda alça, prótese ortodôntica parcial como mantenedora de espaço e mantenedor de espaço do tipo arco lingual. A escolha do dispositivo irá depender da situação específica.

Após a perda precoce do dente decíduo, o espaço pode ser perdido pela migração de dentes adjacentes antes da consulta com o cirurgião-dentista. Segundo Proffit (2007), quando ocorre perda de espaço até de 3mm, há possibilidade de recuperá-lo com dispositivos simples, como um aparelho removível retido com grampos de Adams e uma mola com helicóide incorporado adjacente ao dente a ser movimentado. Porém quando ocorrer perda de espaço maior do que 3mm, isso representa um problema severo e geralmente requer tratamento através de ortodontia fixa e/ou extração seriada de dentes permanentes.

2- Remoção de hábitos bucais deletérios e mordida aberta anterior:

Mordida aberta é definida como uma relação vertical anormal entre arcos dentários superiores e inferiores, ou seja, um trespasse vertical negativo, podendo manifestar-se em uma região limitada ou em toda a extensão da arcada dentária. Quando ocorre na região entre incisivos e caninos, em relação cêntrica, é chamada mordida aberta anterior (MOYERS, 1991). Ela pode ser originada por diversas causas como: troca de dentes decíduos por permanentes; interposição lingual; hábitos

deletérios como sucção prolongada de dedo ou chupeta; onicofagia e problemas esqueléticos (PROFFIT, 2007).

O tratamento inicial da mordida aberta anterior, quando causada por um hábito, é a remoção do hábito deletério. A remoção deve ser efetuada primeiramente através de intervenções não dentárias como uma conversa explicativa sobre o problema entre o adulto e a criança. Outra maneira é a utilização de reforços positivos, na qual se oferece pequenas recompensas diárias para que a criança não sugue o dedo ou a chupeta (PROFFIT, 2007).

Uma terapia complementar para a criança que deseja parar com o hábito, é a utilização de aparelhos cimentados com grade palatina ou esporões que funciona como lembrete para interromper o hábito de sucção. Este aparelho pode ser deformado ou removido pela criança não colaboradora, portanto a cooperação faz parte da terapia. O aparelho deve ser mantido após 6 meses do hábito cessar afim de que se certifique que a criança realmente não possui mais o hábito (PROFFIT, 2007).

Segundo Almeida et al (1999), mordidas abertas de origem esquelética o tratamento utilizado geralmente envolve disjunção da maxila e ortodontia fixa.

3- Mordida cruzada posterior:

A mordida cruzada posterior pode ser definida por uma relação anormal, vestibular ou lingual de um ou mais dentes da maxila, com um ou mais dentes da mandíbula, quando os arcos dentários estão em relação cêntrica, podendo ser uni ou bilateral. Ela pode ter origem dentária quando um ou mais dentes posteriores irrompem numa relação de mordida cruzada; funcional quando resultante de uma interferência dentária instalada precocemente forçando a mandíbula a mover-se e esquelética quando ocorre discrepância entre maxila e mandíbula (MOYERS, 1991).

Proffit (2007) aborda três opções mais utilizadas para o tratamento de mordida cruzada posterior: desgastes para eliminar deslocamento mandibular quando a mordida cruzada posterior é de origem muscular, reposicionamento individual dos dentes quando a origem etiológica é dentária e envolve poucos dentes e disjunção da maxila quando a mordida cruzada posterior é de origem esquelética.

4- Mordida cruzada anterior:

A mordida cruzada anterior pode ser definida por uma relação anormal, vestibular ou lingual de um ou mais dentes da maxila, com um ou mais dentes da mandíbula na região anterior, quando os arcos dentários estão em relação cêntrica. Para o tratamento de mordidas cruzadas anteriores também é indispensável o diagnóstico diferencial entre problemas dentários e esqueléticos (PROFFIT, 2007; MOYERS, 1991).

De acordo com Proffit (2007), algumas mordidas cruzadas anteriores se desenvolvem pela falta de espaço para os incisivos, por isso antes de iniciar o tratamento deve ser avaliado se há espaço adequado para o movimento dentário ser realizado.

Em crianças jovens um dos métodos para a correção da mordida cruzada anterior leve é um aparelho removível com molas digitais para vestibularização dos incisivos superiores. Uma alternativa para tratamento de mordida cruzada anterior moderada seria um arco lingual superior (aparelho fixo) com molas digitais. A placa de levante de mordida, que auxilia na correção de mordida cruzada anterior, geralmente é utilizada em crianças com sobremordida exagerada ou que possuem hábitos de bruxismo. Como opção de tratamento em pacientes mais velhos com dentição mista e dentes permanentes cruzados, é possível utilizar um aparelho 4 x 2 (2 bandas nos molares e 4 braquetes colados nos incisivos) para correção da mordida cruzada anterior (PROFFIT, 2007).

Portanto as intercessões compreendidas pela Ortodontia Preventiva e Interceptativa, quando indicadas, demonstram vantagens indiscutíveis e podem ser executados pelo cirurgião-dentista clínico geral (ALMEIDA et al, 1999).

3.4 Ortodontia e sua implementação no Sistema Único de Saúde

A inserção das maloclusões como problema de saúde pública, não decorre apenas do aumento da sua prevalência nos últimos anos, mas, sobretudo, do impacto social na qualidade de vida dos indivíduos afetados (OLIVEIRA, 2004; MACIEL, 2008).

Tendo em vista possíveis prejuízos das maloclusões na vida do indivíduo, torna-se preocupante a falta de acesso ao tratamento deste agravo pela maioria da população brasileira. A região Sul apesar de desenvolvida e de conter um grande número de especialistas em Ortodontia não consegue cobrir a necessidade de

tratamento epidemiológico, pois somente uma pequena parcela da população possui condições financeiras para acessá-lo (CASTRO, 2010).

A incorporação de serviços de assistência às maloclusões está de acordo com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo em vista o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas” (BRASIL, 2002).

Em 2006, com a publicação do Caderno “Saúde Bucal”, foi estabelecido o tratamento preventivo e interceptador às maloclusões na AB, como a remoção de hábitos bucais deletérios e mínima intervenção profissional. (BRASIL, 2006).

Dentre as ações realizadas na AB, o Caderno “Saúde Bucal” recomenda que sejam transmitidas por meio de ações coletivas, informações sobre os principais fatores de risco e formas de prevenção das maloclusões. Bem como, em uma abordagem individual, a AB preconiza a manutenção de um padrão de respiração nasal, estímulo à alimentação e higienização adequadas ao desenvolvimento da face e oclusão, esclarecimento da importância de manutenção dos dentes decíduos, orientação mastigatória buscando corrigir pequenos desvios de posição, esclarecimento sobre hábitos deletérios, execução de desgastes seletivos e encaminhamento para Otorrinolaringologista e/ou Fonoaudiólogo quando houver necessidade de atuação interdisciplinar (BRASIL, 2006).

A ampliação de atenção às maloclusões foi possibilitada pela inclusão da Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares no Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Este manual foi desenvolvido com o intuito de estabelecer critérios de referência e contrareferência entre a rede de AB em saúde e os CEOs. A implementação da Ortodontia nos CEOs já está presente em diversas cidades, como na cidade Caçador, em Santa Catarina. (BRASIL, 2008; CAÇADOR, 2009).

Segundo Castro (2010), em sua pesquisa realizada em oito municípios catarinenses, com 211 dentistas da AB, mostrou que a maioria dos cirurgiões-dentistas (64,11%) atua no âmbito da promoção da saúde, orientando sobre alimentação saudável, transmissão da cárie, hábitos deletérios e saúde geral. Porém quanto ao tratamento das maloclusões, entre (95,7%) e (97,1%) dos cirurgiões-dentistas nunca realizaram procedimentos para tratamento de mordida cruzada, hábitos deletérios e pequenos movimentos dentários enquanto (61,6%) e (79,4%) nunca realizou procedimentos de manutenção e recuperação de espaço, respectivamente.

Conforme Guzzo (2013), em seu estudo, no município de Florianópolis, com os 64 cirurgiões-dentistas que atuam clinicamente na AB, foi verificado que apesar da maioria dos cirurgiões-dentistas se posicionar a favor da inclusão de procedimentos ortodônticos na AB, muitos se consideraram pouco ou nada aptos para realização de procedimentos básicos de Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

Essas informações remetem ao questionamento de como estão sendo formados os cirurgiões-dentistas atualmente, e se estes terão conhecimento suficiente para prover atenção as maloclusões no âmbito da Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

4. MÉTODO

4.1 Contextualização do Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na UFSC, Campus Reitor João David Ferreira Lima, localizada no Município de Florianópolis, Santa Catarina.

O curso de Odontologia da UFSC inicia o ensino da área de Ortodontia com a Disciplina teórica de Ortodontia apresentada no 7º período do curso, que possui uma carga horária de 6 horas/aulas semanais totalizando 108 horas/aulas no semestre. A matéria proporciona aos alunos conteúdos teóricos sobre a origem do complexo craniofacial, crescimento e desenvolvimento esquelético, dentário e funcional além de integrar assuntos referentes ao diagnóstico, identificação de alterações no desenvolvimento normal e possíveis tratamentos. No conteúdo prático a disciplina contempla prática laboratorial para treinamento na execução de dispositivos ortodônticos removíveis e fixos com aplicação nas dentaduras decídua, mista e permanente jovem (ORTODONTIA, 2014).

O ensino sobre Ortodontia na UFSC continua por meio dos Estágios Supervisionados da Criança e do Adolescente 1 e 2 durante a 9ª e 10ª fases do curso. Os estágios possuem carga horária de 6 horas/aulas semanais, totalizando 108 horas/aulas em cada semestre e possibilitam aos graduandos, através da atividade clínica interdisciplinar, colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos sobre Ortodontia e Odontopediatria. (ESCA, 2014).

4.2 Participantes

Foram incluídos na pesquisa estudantes do curso de graduação em Odontologia da UFSC, regularmente matriculados no 1º semestre de 2015 e que estavam cursando a 6ª, 7ª, 8ª, 9ª e 10ª fases do curso.

4.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os estudantes sem matrícula regular, ausentes no momento da coleta de dados, ou que recusaram a participação.

4.4 Delineamento da Pesquisa

Esta pesquisa pode ser considerada de base quantitativa, com corte transversal e descritiva.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

O questionário elaborado foi incluído e aplicado por meio do software SurveyMonkey®, que é um programa gratuito específico para elaboração de questionários e coleta de dados via internet.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos próprios pesquisadores, baseado nos resultados de um estudo realizado por Evangelista (2014). Este estudo observou através de 100 prontuários de pacientes com idades entre 4 e 12 anos, matriculados e atendidos nos Estágios Supervisionados da Criança e do Adolescente 1 e 2 da UFSC, entre os anos de 2010.1 e 2013.2, as principais maloclusões e os tipos de tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos realizados.

Segundo Evangelista (2014), as maloclusões mais observadas foram: mordida cruzada posterior - 26,4%, mordida aberta anterior - 22,6%, apinhamento - 16,7%, perda precoce com perda de espaço - 15,1%, mordida cruzada anterior - 9,4%, overjet acentuado - 4,7%, overbite acentuado - 4,7% e desvio de linha média - 2,8%.

O questionário, (APÊNDICE III), foi composto de 6 perguntas constituídas de 6 casos clínicos, um caso clínico para cada pergunta. Cada caso clínico apresentava uma pergunta fechada com cinco opções de respostas, onde somente uma opção estava correta. Dos seis casos apresentados, cinco pacientes eram portadores de alguma maloclusão, enquanto um paciente apresentava uma oclusão normal.

A questão número um, abordava o conteúdo sobre problemas de espaço, no quesito recuperação de espaço. O paciente 1 apresentava perda de espaço no arco superior e Discrepância de Modelo superior igual à -3mm, o tratamento ortodôntico correto foi por meio do uso de recuperador de espaço no arco superior (alternativa D).

A segunda questão da pesquisa tratava sobre problemas transversos da maxila. O paciente 2 exibia uma mordida cruzada posterior e apresentava uma maxila atrésica. O tratamento ortodôntico mais indicado para esse caso foi a disjunção da maxila (alternativa E).

A terceira pergunta do questionário, abordava o conteúdo sobre problemas de espaço, no quesito manutenção de espaço. O paciente 3 apresentava perda precoce do canino decíduo inferior direito e Discrepância de Modelo inferior igual à 0mm.

Nessa situação específica o mais indicado como tratamento ortodôntico foi o uso de mantenedor de espaço no arco inferior (alternativa C).

A questão número quatro, tratava sobre problemas verticais da maxila. O paciente 4 possuía mordida aberta anterior. Para tratamento correto dessa malocclusão, além da remoção do hábito, pode-se utilizar como terapia complementar um dispositivo ortodôntico com grade palatina fixa (alternativa D).

A quinta questão da pesquisa, trazia como assunto o desenvolvimento da oclusão normal. O paciente 5 não era portador de nenhuma malocclusão, portanto não precisava de tratamento apenas acompanhamento periódico pelo cirurgião-dentista (alternativa A).

A sexta pergunta do questionário, tratava sobre problemas transversos da maxila. O paciente 6 apresentava mordida cruzada anterior. O tratamento ortodôntico mais indicado para esse caso foi a instalação de um aparelho com molas digitais para vestibularização dos incisivos e uma placa para levante de mordida (alternativa E).

Os casos clínicos foram formados a partir de documentações de pacientes que já passaram por tratamento ortodôntico no Estágio Supervisionado da Criança e do Adolescente. A documentação dos pacientes consistia de fotos intra-buciais e radiografias panorâmicas. As informações utilizadas no presente estudo tiveram sua apresentação autorizada pelos pais ou responsáveis dos pacientes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pais ou responsáveis) que consta no (APÊNDICE I). A identidade dos pacientes foi preservada, sendo que estes foram identificados por meio de códigos.

4.6 Coleta de Dados

Antes do início da coleta de dados os pesquisadores buscaram na secretaria do Curso de Odontologia a grade de horários de aulas de 6ª a 10ª fase. A pesquisa foi realizada com os alunos, por meio de computadores concedidos pelos próprios pesquisadores, em horários de aula autorizados pelos professores.

Antes de iniciar o questionário foram solicitadas informações sociodemográficas ao aluno, como o nome, o sexo e a fase do curso o qual pertencia. O questionário foi apresentado individualmente a cada aluno, não havendo limitação de tempo para respondê-lo.

No momento da pesquisa, foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os graduandos (APÊNDICE II) e o instrumento de coleta de

dados (APÊNDICE III). O estudante que aceitou participar da pesquisa assinou dois Termos, levando uma cópia consigo mesmo e deixando outra cópia com os pesquisadores.

4.7 Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, e num segundo momento, foi realizada a comparação entre os grupos por meio do Programa Microsoft Excel.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do comitê de ética da UFSC, o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPESH) e aprovado sob o número 1.076.634.

O processo de investigação foi conduzido dentro dos padrões éticos e morais, os pesquisadores desenvolveram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os graduandos (APÊNDICE II) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais ou responsáveis (APÊNDICE I), de acordo com as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com informes relevantes aos participantes, como a explicação do projeto; os objetivos da pesquisa; contato e informações dos pesquisadores; direitos de recusa; abandono ou desistência em qualquer fase do estudo; os possíveis riscos dos pacientes, alunos e professores; o respeito à confidencialidade e sigilo das informações; garantia de ressarcimento caso houvesse despesas pela participação na pesquisa; e a explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

As informações, fotografias e radiografias utilizadas dos pacientes no presente estudo tiveram sua apresentação autorizada pelos pais ou responsáveis dos mesmos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pais ou responsáveis) que consta no (APÊNDICE I). O requisito básico para inclusão do aluno na pesquisa foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (graduandos) que consta no (APÊNDICE II).

A pesquisa conteve riscos mínimos, como por exemplo: mínima probabilidade de os pacientes serem reconhecidos através das fotografias presentes no questionário; constrangimento do aluno quando o mesmo não soube responder as

respostas presentes no questionário e constrangimento dos professores responsáveis pela Disciplina de Ortodontia da UFSC, dependendo do resultado da pesquisa.

5. RESULTADOS

Dos 204 estudantes, de 6ª a 10ª fase, matriculados regularmente no curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 143 (70,1%) participaram do estudo. Desses, 101 (70,6%) eram do sexo feminino e 42 (29,3%) do sexo masculino, coincidindo com o perfil feminino do curso. Foram excluídos 36 (17,6%) estudantes que faltaram a aula no momento da coleta de dados e outros 25 (12,2%) que recusaram a participação. O percentual de perda da população estudada foi de 29,9%, ou seja, maior que 5%, o que compromete a generalização dos resultados para os estudantes de 6ª a 10ª fase. Da 6ª fase participaram 26 estudantes, que representaram 18,2% dos participantes, 25 da 7ª fase, representando 17,5%, 30 da 8ª fase, representando 21,0%, 33 da 9ª fase, representando 23,1% e 29 da 10ª fase, representando 20,3%. A distribuição do total de alunos e dos participantes por fase pode ser observada na TABELA 1.

TABELA 1 – Distribuição do total de alunos e dos participantes por fase

FASE	TOTAL DE ALUNOS	% TOTAL DE ALUNOS	PARTICIPANTES	% PARTICIPANTES
10º	44	21,6%	29	20,3%
9º	42	20,6%	33	23,1%
8º	38	18,6%	30	21,0%
7º	36	17,6%	25	17,5%
6º	44	21,6%	26	18,2%
TOTAL	204	100%	143	100%

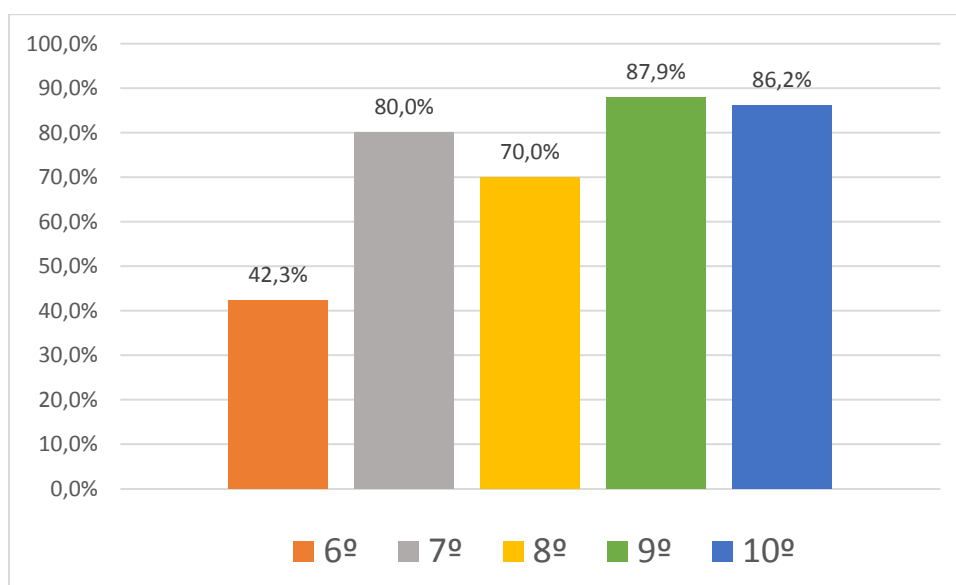
De acordo com os resultados obtidos é possível observar a média de acertos por fase, facilitando a análise e a comparação do nível de conhecimento sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa nos diferentes períodos. A 6ª fase alcançou um percentual de 44,2% de acertos, apontando dificuldade dos alunos quanto a compreensão do assunto. Por outro lado, de maneira geral, a 7ª fase com 75,3%, 8ª fase com 66,1%, com 9ª fase 82,3% e 10ª com fase 81,0% apresentaram facilidade para diagnosticar e tratar as maloclusões exibidas nos casos clínicos, mostrando entendimento sobre o conteúdo ortodôntico preventivo e interceptativo. O percentual de acertos por questão de 6ª a 10ª fase, e a média de acertos por fase podem ser visualizadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Percentual de acertos por questão e média de acertos por fase

Fase	Total de Alunos	Participantes	Questão 1 (%)	Questão 2 (%)	Questão 3 (%)	Questão 4 (%)	Questão 5 (%)	Questão 6 (%)	Média de Acertos (%)
6º	44	26	11 (42,3%)	10 (38,5%)	8 (30,8%)	9 (34,6%)	21 (80,8%)	10 (38,5%)	(44,2%)
7º	36	25	20 (80,0%)	19 (76,0%)	13 (52,0%)	18 (72,0%)	23 (92,0%)	20 (80,0%)	(75,3%)
8º	38	30	21 (70,0%)	20 (66,7%)	12 (40,0%)	19 (63,3%)	26 (86,7%)	21 (70,0%)	(66,1%)
9º	42	33	29 (87,9%)	28 (84,8%)	20 (60,6%)	27 (81,8%)	31 (93,9%)	28 (84,8%)	(82,3%)
10º	44	29	25 (86,2%)	24 (82,8%)	18 (62,1%)	23 (79,3%)	27 (93,1%)	24 (82,8%)	(81,0%)

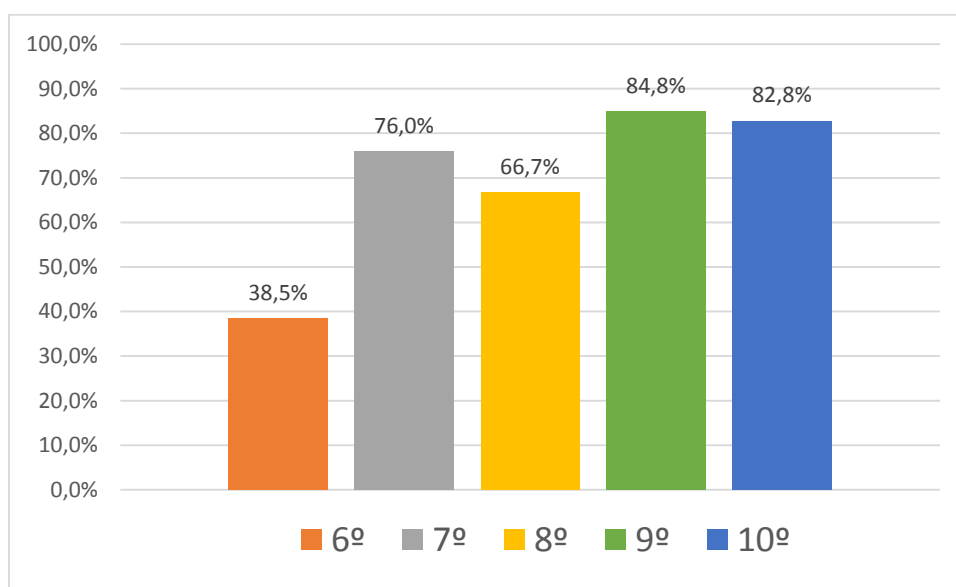
Comparando os resultados da Questão 1, entres as fases, pode-se observar que a 6ª fase possuiu o percentual de acertos mais baixo 42,3%, seguida da 8ª fase com 70,0% e da 7ª fase com 80,0%. A 9ª e 10ª fase obtiveram os maiores percentuais de acertos da Questão 1, com 87,9% e 86,2% respectivamente. É possível verificar no GRÁFICO 1, por meio dos índices de acertos que os graduandos da 7ª a 10ª fase apresentaram facilidade para diagnosticar e tratar a falta de espaço no arco superior.

GRÁFICO 1 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 1 por fase



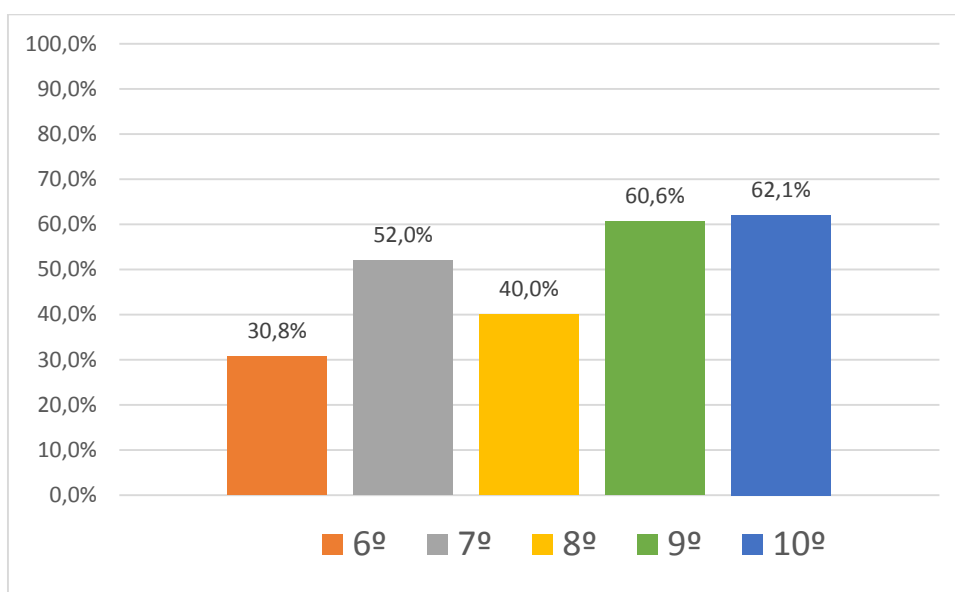
Analisando os resultados obtidos na Questão 2 é possível verificar que os alunos da 6ª fase alcançaram apenas 38,5% de acertos, demonstrando dificuldade para diagnosticar e tratar essa maloclusão. Em contrapartida os estudantes da 7ª fase 76,0%, 8ª fase 66,7%, 9ª fase 84,8% e 10ª fase 82,8%, obtiveram bons resultados, mostrando-se instruídos sobre o assunto mordida cruzada posterior. A distribuição de acertos da Questão 2 de 6ª a 10ª fase pode ser observada por meio do GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 2 por fase



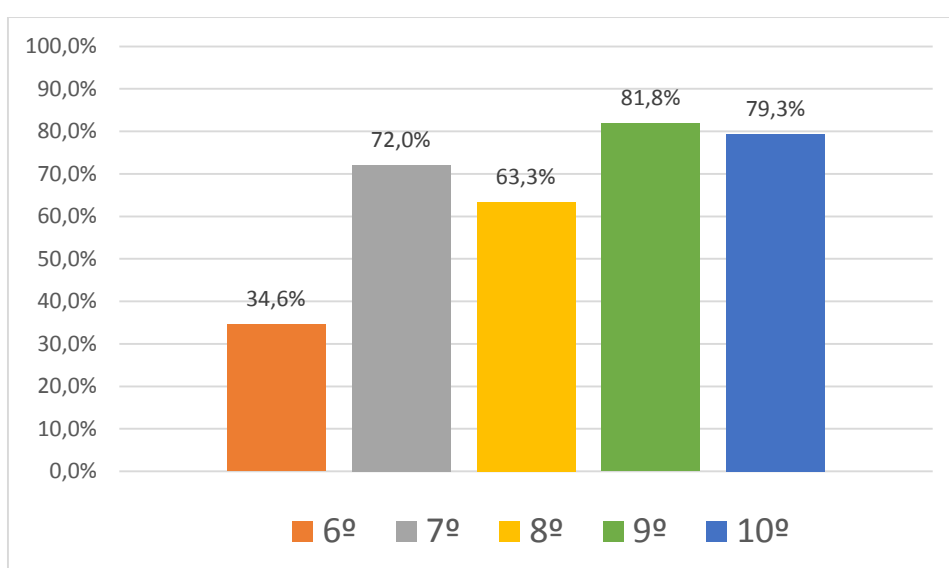
Os resultados obtidos na Questão 3, apontam a dificuldade apresentada pelos graduandos no quesito manutenção de espaço. Apenas 30,8% dos graduandos da 6ª fase acertaram a Questão 3. Os percentuais de acerto das outras fases também foram abaixo da média de acertos. A 7ª fase teve 52,0% de acertos, seguida da 8ª fase que teve apenas 40,0%. A 9ª e 10ª fase obtiveram como percentuais de acertos 60,6% e 62,1%, respectivamente. Os seguintes dados da Questão 3 podem ser observados no GRÁFICO 3.

GRÁFICO 3 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 3 por fase



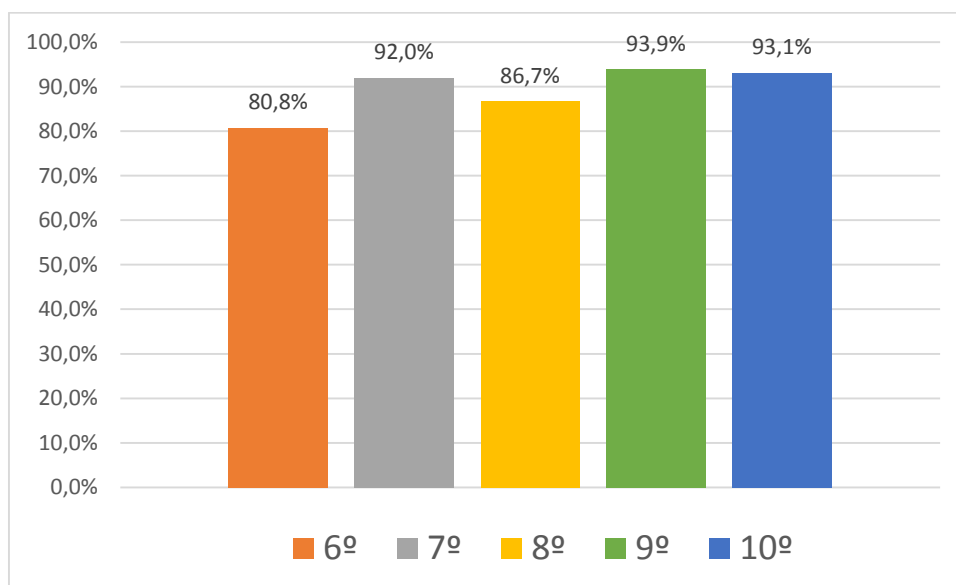
Ao comparar os índices de acertos obtidos na Questão 4, é possível verificar certa facilidade dos graduandos da 7ª fase 72,0%, 8ª fase 63,3%, 9ª fase 81,8% e 10ª fase 79,3% quanto ao conteúdo mordida aberta anterior. No entanto, os alunos da 6ª fase apresentaram dificuldade em diagnosticar e tratar a maloclusão, mostrando apenas 34,6% de acertos nessa questão. A distribuição de acertos da Questão 4 de 6ª a 10ª fase pode ser observada por meio do GRÁFICO 4.

GRÁFICO 4 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 4 por fase



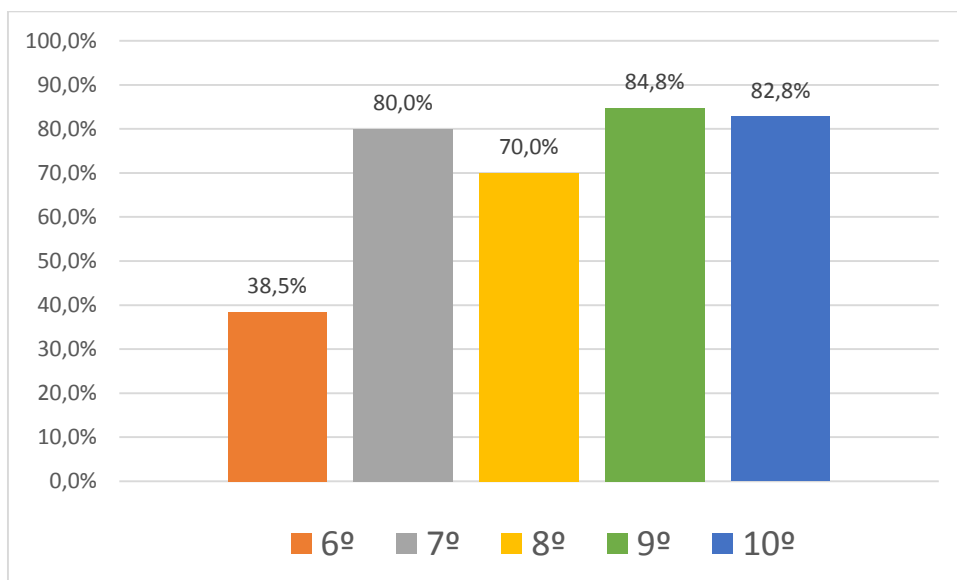
Com relação ao quesito de normalidade, todos graduandos incluídos no estudo tiveram facilidade em identificar uma oclusão favorável e obtiveram ótimos resultados na Questão 5. Os maiores percentuais de acertos foram da 9ª e 10ª fase, 93,9% e 93,1%, respectivamente, seguida da 7ª fase com 92,0%, 8ª com 86,7% e 6ª fase com 80,8% de acertos. Os seguintes dados sobre a Questão 5 podem ser observados no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 5 por fase



Ao analisar os índices de acertos obtidos na Questão 6 é possível verificar que os alunos da 6ª fase tiveram 38,5% de acertos, demonstrando dificuldade para diagnosticar e tratar essa malocclusão. Em contrapartida os estudantes da 7ª fase 80,0%, 8ª fase 70,0%, 9ª fase 84,8% e 10ª fase 82,8%, obtiveram bons resultados, mostrando-se instruídos sobre o assunto mordida cruzada anterior. A distribuição de acertos da Questão 6 de 6ª a 10ª fase pode ser observada por meio do GRÁFICO 6.

GRÁFICO 6 – Distribuição do percentual de acertos da Questão 6 por fase



6. DISCUSSÃO

Embora os estudos que avaliem a formação educacional dos cirurgiões-dentistas apresentem alta relevância para a Odontologia, a busca na literatura brasileira realizada demonstrou a ausência de trabalhos que analisam a qualidade de ensino sobre Ortodontia no Brasil e conseqüentemente a preparação do cirurgião-dentista clínico geral para o mercado de trabalho.

A avaliação da formação educacional dos cirurgiões-dentistas em nível de graduação, na área de Ortodontia Preventiva e Interceptativa, tem sido uma preocupação antiga dos educadores em diversos países.

Diante dessa preocupação os Estados Unidos (EUA), em 1980, por meio da Associação Americana de Odontologia (ADA), foi um dos primeiros lugares a desenvolver um Guia Curricular para Ortodontia, com o intuito de ditar um conteúdo de programas para o ensino na área de Ortodontia. A ADA, em suas diretrizes, sugere que: “os alunos devem reconhecer a maloclusão na dentição decídua, mista e permanente e tratar, dentro dos seus limites de atuação, o desenvolvimento e as anormalidades adquiridas” (AMERICAN, 1980).

Em contrapartida, na Europa até o final do século XX, não existiam guias para educação em Ortodontia na graduação. Somente em 1999 os Ministérios da Educação da União Européia (EU) assinaram a chamada Declaração Bolonha, iniciando o processo de convergência e harmonização dos sistemas de ensino superior nos países da UE. A *Dental Education-DentEd* (Convergência Européia na Educação Dental) criou uma rede de IES de Odontologia para representar a educação odontológica na UE e realizar uma padronização de ensino (ASTROM e KOMABAYASHI, 2007).

Somente em 2002, com o objetivo de buscar uma reorientação no ensino, foram criadas no Brasil, as DCNs para o Curso de Graduação em Odontologia. As DCNs apontam novas orientações que deveriam ser adotadas por todas as IES do país, e a Ortodontia, como uma disciplina clássica na graduação, também fez parte deste processo (BRASIL, 2002).

Porém, os cursos brasileiros de graduação apresentam uma formação ortodôntica com conteúdo variado, que dependem da carga horária disponível para cada curso. Algumas faculdades contam apenas com aulas teóricas e atividades

laboratoriais enquanto outras, além disto, possuem uma clínica específica para Ortodontia. Algumas também fazem a atividade clínica em conjunto com a Odontopediatria ou Clínica Integrada, como no curso de graduação em Odontologia da UFSC (ORTODONTIA, 2014; ESCA, 2014).

Apesar dos Cursos de Graduação em Odontologia apresentarem currículos e metodologias de ensino diferentes quanto a disciplina de Ortodontia, é imprescindível que os futuros cirurgiões-dentistas conheçam o desenvolvimento de uma oclusão normal e identifiquem anormalidades nas dentições e desvios no padrão de crescimento. As DCNs determinam que os cursos de Graduação em Odontologia devem enfatizar o ensino da Ortodontia Preventiva e Interceptativa, que é perfeitamente compatível com o atual Paradigma de Promoção de Saúde (BRASIL, 2002).

Devido à mudança epidemiológica, outros problemas de saúde bucal vêm ganhando destaque no cenário mundial, dentre eles a maloclusão. O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, o SB Brasil em 2010, demonstrou a dimensão desse agravo e reforçou a importância de os serviços de saúde estarem organizados para intervir nesse agravo. Aos 12 anos, 38,8% dos jovens apresentam problemas de oclusão. Em 19,0% desses jovens a maloclusão se apresenta de forma severa ou muito severa, sendo estas as condições que requerem tratamento mais imediato, constituindo-se em prioridade em termos de saúde pública (BRASIL, 2010).

Na AB, o Caderno “Saúde Bucal” preconiza para o tratamento da maloclusão, em uma abordagem coletiva, ações de promoção que possibilitam informações sobre os fatores de risco e formas de prevenção da maloclusão. Bem como, para a assistência individualizada, possui a orientação do diagnóstico de maloclusão o mais precocemente possível. A prevenção, além de antecipar a instalação da maloclusão pode interferir no desdobramento de sua progressão, pois mesmo após a maloclusão instalada, pode-se amenizar ou até impedir o agravamento da situação (BRASIL, 2006).

As principais ações de promoção da saúde para a maloclusão na AB envolvem: ações de vigilância epidemiológica; aconselhamento de gestantes para evitar uso de drogas teratogênicas; acompanhamento de gestantes para estimulação à amamentação no peito por período mínimo de 6 meses; esclarecimento sobre as possibilidades de uso de bicos ortodônticos e, aconselhamento sobre a importância

da respiração nasal e da manutenção da boca fechada na postura de repouso, para um melhor desenvolvimento da face (BRASIL, 2006).

Individualmente, o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo na AB refere-se a um nível informativo e de mínima intervenção profissional. Os cirurgiões-dentistas devem estimular a criança: (1) a manter um padrão de respiração nasal; (2) ter uma alimentação e higienização adequadas ao desenvolvimento da face e oclusão; (3) esclarecer sobre a importância de manutenção dos dentes decíduos para o desenvolvimento da face e oclusão; (4) orientar a mastigação buscando corrigir pequenos desvios de posição; (5) esclarecimento sobre hábitos bucais nocivos; (6) executar desgastes seletivos; e (7) encaminhando ao Otorrinolaringologista e/ou Fonoaudiólogo quando houver necessidade interdisciplinar (BRASIL, 2006).

A Disciplina de Ortodontia da UFSC apresenta em sua ementa conteúdo acerca do crescimento e desenvolvimento craniofacial; desenvolvimento normal da oclusão; classificação das maloclusões; diagnóstico ortodôntico; planejamento ortodôntico; etiologia das maloclusões; prevenção e interceptação das maloclusões; noções práticas sobre prevenção e interceptação das maloclusões e prática laboratorial na construção de aparelhos ortodônticos removíveis e fixos (ORTODONTIA, 2014).

Comparando as ações e serviços sugeridos no Caderno “Saúde Bucal” com a ementa da Disciplina de Ortodontia da UFSC, é possível verificar que os conteúdos necessários para o desenvolvimento das atividades prestadas às maloclusões na AB são proporcionados aos alunos de graduação (BRASIL, 2006; ORTODONTIA 2014).

Segundo o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, para atuação nos CEOs, os cirurgiões-dentistas devem diagnosticar e tratar maloclusões Classes I, II ou III, de origem dentária e esquelética, com as possíveis situações: variações transversais (mordida cruzada anterior e/ou posterior uni ou bilateral); variações verticais (mordida aberta anterior e/ou posterior uni ou bilateral, mordida profunda); variações ânteroposteriores (desarmonia de bases ósseas, trespasse dental horizontal acentuado); discrepância ósteo-dental; e alterações funcionais orofaciais (BRASIL, 2008).

Porém, ao comparar as ações e serviços realizados segundo o Manual de Especialidades em Saúde Bucal com os conteúdos abordados pela Disciplina de Ortodontia da UFSC, é possível visualizar que alguns assuntos não são apresentados aos estudantes durante a graduação, principalmente o tratamento de maloclusões de

origem esquelética, dificultando a atuação dos futuros cirurgiões-dentistas generalistas nos CEOs (BRASIL, 2008; ORTODONTIA, 2014)

De uma maneira geral, analisando os resultados do questionário aplicado aos graduandos em Odontologia da UFSC de 6ª a 10ª fase, foi possível averiguar que os estudantes da 7ª a 10ª fase apresentaram facilidade quanto aos temas abordados, demonstrando conhecimento sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Enquanto que, os alunos da 6ª fase manifestaram dificuldade quanto ao mesmo conteúdo.

Comparando a média de resultados nas diferentes fases do curso nota-se, que os graduandos da 6ª fase alcançaram apenas 44,2% de acertos, apontando dificuldade para estabelecer o diagnóstico e tratamento de maloclusões, em razão de não terem cursado a Disciplina teórica de Ortodontia.

Contudo os alunos tiveram facilidade em identificar fatores de normalidade de uma oclusão favorável, demonstrando compreensão sobre o desenvolvimento normal de oclusão. Além disso, apesar do índice de acertos estar abaixo da média, as alternativas corretas tiveram uma maior porcentagem de escolha em relação às outras opções de resposta. Isso pode ser dado à interdisciplinaridade entre as matérias e a integração no ensino odontológico presente na UFSC.

Os graduandos da 6ª fase já realizaram, em fases anteriores do curso, atividades sobre epidemiologia geral e bucal, bioestatística e avaliação em saúde bucal, aplicadas à comunidade. Essas atividades, disponibilizadas pelas disciplinas de Saúde Pública/Coletiva, provavelmente, facilitaram a resolução do questionário. O reconhecimento da estrutura do serviço e dos dados epidemiológicos são conhecimentos relevantes na formação dos cirurgiões-dentistas (SOUZA, CARCERERI, 2011).

De acordo com Souza e Carcereri (2011), a integração ensino-serviço entre os serviços públicos de saúde e o curso de graduação em Odontologia é percebida como potencial estratégia colaboradora do processo de mudança de práticas na formação em saúde, além de ser um dos eixos que buscam solidificar a proposta curricular recomendada pelas DCNs em 2002.

Os graduandos da 7ª fase (75,3%) alcançaram bons resultados nessa pesquisa, e quando comparados aos alunos da 8ª fase (66,1%), obtiveram um maior percentual de acertos nas questões, mostrando maior conhecimento sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Porém esse fato pode ser conferido pela Disciplina teórica de Ortodontia ser oferecida no sétimo período e pela inexistência de assuntos sobre

Ortodontia presentes no oitavo período. A ausência de disciplinas com temas na área de Ortodontia na 8ª fase, pode causar aos alunos esquecimento dos conteúdos aprendidos na fase anterior, e como consequência dificultar futuramente a atividade clínica dos mesmos.

Equiparando os índices de acertos entre a 9ª (82,3%) e 10ª fase (81,0%) observou que as duas últimas fases atingiram os melhores resultados nesse estudo quando comparadas as demais, além de apresentarem percentuais de acertos bem semelhantes. O êxito de acertos das duas últimas fases pode ser atribuído a junção do conhecimento de conteúdos teóricos da Disciplina de Ortodontia com as atividades clínicas presentes nos Estágios Supervisionados da Criança e do Adolescente 1 e 2.

Venturini (1981), relata em seu estudo que por meio das clínicas integradas é possível colocar em prática conhecimentos adquiridos nas disciplinas teóricas, assimilar condutas e adquirir habilidades, fazendo delas espaços privilegiados não só para o aprendizado de procedimentos técnicos, mas também para o exercício da reflexão ética dos futuros profissionais.

Com relação a percepção de problemas de espaço, os alunos de 7ª (80,0%), 8ª fase (70,0%), 9ª fase (87,9%) e 10ª fase (86,2%) souberam diagnosticar e tratar a irrupção ectópica dos primeiros molares permanentes superiores no paciente 1, resultante da falta de espaço localizada no arco superior (Questão 1). Entretanto a 6ª fase possuiu um percentual de acertos de 42,3%, mostrando dificuldade quanto ao conteúdo. De acordo com Moyers (1991), essa erupção anormal do primeiro molar permanente, se não tratada corretamente, pode causar perda prematura do segundo molar decíduo diminuindo ainda mais o comprimento do arco.

Segundo Proffit (2007), quando ocorre perda de espaço de até 3mm, que inclui o caso do paciente apresentado na questão 1, há possibilidade de recuperá-lo com dispositivos ortodônticos simples, porém quando a perda é maior do que esse valor, isso representa um problema severo e geralmente requer tratamento através de ortodontia fixa e/ou extração seriada de dentes permanentes.

Entretanto, grande parte dos graduandos teve dificuldade em identificar no paciente 3 a perda precoce do canino decíduo inferior direito e a necessidade de instalação de um aparelho para manutenção do espaço (Questão 3). Apenas 30,8% dos graduandos da 6ª fase acertaram essa questão. Os percentuais de acerto das outras fases também foram abaixo da média. A 7ª fase teve 52,0% de acertos, seguida

da 8ª fase que teve apenas 40,0%. Enquanto que a 9ª e 10ª fase obtiveram como percentuais de acerto 60,6% e 62,1%, respectivamente.

A segunda opção mais assinalada nessa questão foi a alternativa A, pois os participantes por não associarem a perda precoce com o estágio de desenvolvimento do germe do permanente acreditaram, erroneamente, que o mesmo não carecia de tratamento ortodôntico. Os aparelhos usados para manejo do espaço incluem arco lingual, mantenedor de espaço do tipo banda alça e prótese ortodôntica parcial como mantenedora de espaço. A escolha do dispositivo ortodôntico irá depender da situação específica (DOLCI, 2003; PROFFIT, 2007).

No que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de problemas verticais da maxila, o questionário trouxe um caso clínico onde o paciente apresentava uma mordida aberta anterior de origem dentária (Questão 4). De acordo com Proffit (2007), para tratamento dessa maloclusão, deve-se remover o hábito deletério do paciente primeiramente com tentativas de intervenções não dentárias. Porém, pode-se utilizar como terapia complementar um dispositivo ortodôntico cimentado com grade palatina ou esporões como lembrete, afim de interromper o hábito de sucção.

Ao comparar os resultados obtidos na (Questão 4) é possível verificar certa facilidade dos graduandos da 7ª fase (72,0%), 8ª fase (63,3%), 9ª fase (81,8%) e 10ª fase (79,3%) quanto ao conteúdo mordida aberta anterior. Entretanto, os alunos da 6ª fase apresentaram dificuldade sobre o assunto apresentando apenas 34,6% de acertos nessa questão.

Quanto ao conhecimento dos problemas transversos da maxila, a pesquisa apresentou dois casos clínicos sobre o determinado assunto: o primeiro trazia um paciente com mordida cruzada posterior (Questão 2), enquanto o segundo mostrava um paciente com mordida cruzada anterior (Questão 6).

Para Proffit (2007), o tratamento mais indicado para mordida cruzada posterior quando o paciente apresenta maxila atrésica é a disjunção da maxila. Ao comparar os resultados obtidos na (Questão 2) é possível verificar que os alunos da 6ª fase alcançaram apenas 38,5% de acertos, mostrando dificuldade para diagnosticar e tratar essa maloclusão. Em contrapartida os estudantes da 7ª fase com 76,0%, 8ª fase com 66,7%, 9ª fase com 84,8% e 10ª fase com 82,8%, obtiveram bons resultados, mostrando-se instruídos sobre o assunto mordida cruzada posterior.

Já para mordida cruzada anterior leve em pacientes jovens, o tratamento envolve a vestibularização dos incisivos superiores através de um aparelho com molas

digitais e uso de uma placa para levante de mordida. Ao comparar os resultados obtidos na (Questão 6) é possível verificar facilidade dos estudantes da 7ª fase (80,0%), 8ª fase (70,0%), 9ª fase (84,8%) e 10ª fase (82,8%) sobre o assunto mordida cruzada anterior. No entanto os alunos da 6ª fase obtiveram um índice de acertos de 38,5%, demonstrando dificuldade quanto ao conteúdo.

Sobre a avaliação do desenvolvimento de uma oclusão normal a seguinte pesquisa trouxe um caso clínico onde o paciente 5 não era portador de nenhuma malocclusão (Questão 5). Nesse quesito, grande parte dos graduandos teve facilidade em identificar características de normalidade em uma oclusão dentária e obteve ótimos resultados nessa questão. Inclusive os alunos da 6ª fase, que ainda não cursaram a disciplina teórica de Ortodontia, e alcançaram 80,8% de acertos. Os maiores percentuais de acertos foram da 9ª fase com 93,9% e 10ª fase com 93,1%, seguidas da 7ª fase com (92,0%) e da 8ª fase com (86,7%).

Miguel em (2005), realizou um estudo com objetivo de avaliar o conhecimento de Ortodontia na graduação, utilizando um caso clínico de um paciente com Classe I de Angle na “fase do patinho feio” (oclusão normal). Porém a população estudada foi distinta. A pesquisa foi realizada com vários cursos de graduação do Rio de Janeiro e aplicada somente aos alunos da 10ª fase.

De acordo com as respostas dos graduandos, a maioria dos alunos teve facilidade em identificar a má oclusão de Classe I de Angle (81,7%) e desvios de normalidade como diastemas (81,2%). Porém quando questionados quanto à necessidade de tratamento, somente (10,1%) entenderam que o tratamento ortodôntico não era necessário, visto que a oclusão era totalmente compatível com a fase de desenvolvimento (MIGUEL, 2005).

Os resultados do estudo de Miguel (2005), demonstraram que grande parte nos alunos não detinha conhecimento adequado, sendo incapaz de identificar, no último período de graduação, as características normais do desenvolvimento de uma oclusão. Apesar dos casos clínicos serem diferentes, os alunos do último período da graduação da UFSC, tiveram facilidade para diagnosticar e tratar os casos clínicos apresentados nessa pesquisa.

Para ser especialista em Ortodontia no Brasil o Conselho Federal de Odontologia (CFO) exige ao cirurgião-dentista uma carga horária mínima de duas mil horas de curso de especialização. Considerando que para uma formação acadêmica adequada, na área de Ortodontia, o cirurgião-dentista generalista adquira ao menos

20% da carga horária de um especialista, são necessárias 400 horas/aula durante a graduação (CFO, 2012).

O Ensino em Ortodontia durante a graduação na UFSC contabiliza um total de 324 horas/aula, isto é, nem 20% da carga horária de um especialista. Esses valores indicam a necessidade de uma reformulação no currículo do curso, com o intuito de ampliar a carga horária das disciplinas que possuem conteúdos sobre Ortodontia, fornecendo assim uma melhor formação aos graduandos, na área específica de Ortodontia.

Em resumo, os graduandos da 6^a a 10^a fase apresentaram conhecimento sobre o desenvolvimento de uma oclusão normal. Enquanto que somente os estudantes da 7^a a 10^a fase apresentaram conhecimento sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

Porém, compreende-se que esta pesquisa apresenta limitações para analisar o ensino de Ortodontia na UFSC. Esses resultados apesar de satisfatórios, analisam somente o conhecimento dos alunos não avaliando o desenvolvimento das competências necessárias para o cirurgião-dentista em formação, na área específica de Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar os conteúdos disponibilizados aos graduandos em Odontologia, por meio da análise das ementas da disciplina de Ortodontia e dos Estágios Supervisionados da Criança e Adolescente I e II da Universidade Federal de Santa Catarina, e elaborar um instrumento para verificar o conhecimento dos estudantes sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

O questionário foi aplicado a 143 graduandos, de 6ª a 10ª fase, matriculados regularmente no curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no primeiro semestre de 2015.

Os resultados demonstraram que os alunos de 6ª a 10ª fase mostraram conhecimento para identificar uma oclusão favorável. Enquanto que somente os estudantes de 7ª a 10ª fase apresentaram conhecimento para diagnosticar e tratar as maloclusões exibidas nos casos clínicos do questionário.

Comparando a aprendizagem nas diferentes fases, os alunos da 6ª fase mostraram um baixo índice de acertos. Enquanto que os estudantes da 7ª e 8ª fase apresentaram intermediários percentuais de acertos, e os da 9ª e 10ª fase alcançaram altos percentuais de acertos, demonstrando conhecimento sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

8. RECOMENDAÇÕES

Ainda que, de uma maneira geral, os resultados sejam satisfatórios, esse estudo analisa apenas o conhecimento dos alunos, não avaliando a aptidão prática e a habilidade dos estudantes.

Recomenda-se que estudos de maior abrangência e com outras metodologias sejam aplicados com o intuito de avaliar de maneira integral a formação acadêmica ortodôntica dos futuros cirurgiões-dentistas e a real necessidade de mudanças nos conteúdos pragmáticos na Disciplina de Ortodontia.

Além disso, sugere-se que estudos de maior cobertura no Estado de Santa Catarina sejam realizados com o propósito de comparar e qualificar os currículos referentes às disciplinas de Ortodontia em diferentes universidades.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA. R. R. **Ortodontia preventiva e interceptora: mito ou realidade?** Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial, v.4, n.6, p. 87-108, 1999.

AMERICAN, Association of Dental Schools. **Curricular guidelines for orthodontics.** J Dent Educ, 1980.

ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth.** 7^a ed. Philadelphia, S. S. White, p. 628, 1907.

ASTROM, A; KOMABAYASHI, T. **Dental education in Norway.** Eur J Dent Educ 2007.

BRASIL. **Conselho Federal de Odontologia (CFO).** Legislação, 1964.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Coordenação de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Cadernos da atenção básica. Saúde Bucal. N.17.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Projeto SB Brasil. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2010: Resultados Principais.** Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 2010.

BRESOLIN, D. **Índices para maloclusões.** In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos, p.197-302, 2000.

CAÇADOR. **Prefeitura Municipal de Caçador**; atualizada em 2009.

CASTRO, R. G. **Diretrizes para à atenção as oclusopatias no sistema único de saúde [tese]**. Florianópolis (SC), Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

COELHO, M. L. G. **Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, Sobral – CE. [tese]**. Sobral, Universidade Estadual do Vale do Acaraú, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Conselho Federal de Odontologia, 2012.

DOLCI, G. S; FERREIRA, E. J. B. **Tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo da perda precoce de dentes decíduos: manutenção de espaço**. Rev Odonto Ciência, Porto Alegre, v.18, n. 41, p. 290-298, 2003.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, **Plano de Ensino 2014-2**, Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

EVANGELISTA, M. E. **Avaliação do Tratamento Ortodôntico, Maloclusão e Hábitos Bucais Deletérios DE Crianças Atendidas nos Estágios Supervisionados da Criança e do Adolescente DA UFSC [tcc]**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FONSECA E. P. **As diretrizes curriculares nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro [tese]**. Minas Gerais (BH), Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

GRABER T. M. **Orthodontics: principles and practice**. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1972

GUZZO S. C. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. [tcc]. Florianópolis (SC), Universidade de Santa Catarina, 2013.

HEBLING, S. R. F. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. CienSaude Colet. [periódico da Internet]. 2007.

MACIEL, S. M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. Physis Brasil, 2006.

MACIEL, S. M. A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008

MARUO, I. T. Estudo da legalidade do exercício profissional da Ortodontia por cirurgião-dentista não-especialista. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2009.

MIGUEL J. A. M. Oclusão normal na dentadura mista: reconhecimento das características oclusais por alunos de graduação. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2005

MIGUEL J. A. M. Diagnóstico de má oclusão de Classe III por alunos de graduação. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2008.

MOYERS, R. E. Classificação e terminologia da má oclusão. In: Ortodontia. 4a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1991.

OLIVEIRA C. M. Malocclusão no contexto da saúde pública. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. p: 55-80, São Paulo e Editora Santos, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal.** São Paulo: Santos, OMS, 1997.

ORTODONTIA, **Plano de Ensino 2014-2.** Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

PINHEIRO F. M. C. **A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão.** RGO, 2009.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia Contemporânea. 4, ed.** Rio de Janeiro (RJ), Elsevier, 2007.

SENNA, M. I. B. LIMA M. L. R. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Odontologia: uma análise dos artigos publicados,** Revista ABENO, de 2002 a 2006.

SOUZA, A. L; CARCERERI, D. L. **Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia.** Scielo. 2011.

STRANG, R. H. W. **A textbook of orthodontic.** 2ª ed. Philadelphia, Lea & Feabiger, 1943.

VENTURINI, M. S. **Filosofia de ação e normas de funcionamento da Clínica Odontológica Integrada da Faculdade de Odontologia do Instituto Metodista de Ensino Superior.** Rev Odontol Metodista. 1981.

10. APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS OU RESPONSÁVEIS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **O CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA** é desenvolvido pela graduanda em Odontologia **Aline Vieira Souza** (RG nº: 5938766 - SSP/SC - CPF nº: 05474294956). Trata-se de uma pesquisa em Ortodontia pelo Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para Trabalho de Conclusão de Curso. Área Concentração: Ortodontia, sob orientação do Prof. Dr. Daltro Éneas Ritter (pesquisador responsável).

A pesquisa tem como **objetivo principal** avaliar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Para tanto o **procedimento** usado será um questionário composto por questões fechadas, que será realizado em uma sala de informática no Centro de Ciências da Saúde (CCS) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e respondida em horários de aulas teóricas disponibilizados pelos professores. Junto a entrevista será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista só estará disponível para resolução quando o participante confirmar que leu e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário será composto de 6 casos clínicos com questões fechadas. Cada caso clínico possuirá fotos e radiografias que são indispensáveis para o diagnóstico e conseqüentemente para resolução das questões. O caso clínico do seu filho(a) foi selecionado para participar dessa pesquisa, porém ele só estará presente na mesma através do seu consentimento legal, porém é indispensável que a pesquisa também seja esclarecida para a criança. As fotos selecionadas permitem apenas a visualização da boca dos pacientes, assim como as radiografias. Os pacientes serão identificados com letras de 1 a 6, para que não possam ser reconhecidos através das iniciais de seus nomes. Caso não haja concordância da criança e do responsável com a participação nesse estudo, ela pode ser interrompida a qualquer momento se assim desejar, sem nenhum tipo sanção ou prejuízo

A pesquisa possui natureza educacional, trata-se de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. É importante ressaltar que a pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- Liberdade de recusa à participação total;
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- Os registros coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos;

→ Informações sobre possíveis riscos e indenizações.

A pesquisa contém riscos mínimos, como por exemplo: mínima probabilidade de os pacientes serem reconhecidos através das fotos presentes no questionário; constrangimento do aluno quando o mesmo não souber as respostas presentes no questionário; possibilidade dos nomes dos estudantes que não obtiveram êxitos nas respostas das perguntas se tornarem públicos pelo fato de usarmos o laboratório de informática onde circulam pessoas que não participam da pesquisa que podem vir a ter acesso a esses dados e divulga-los antieticamente; e constrangimento dos professores responsáveis da disciplina de ortodontia da UFSC caso o resultado da pesquisa seja desfavorável. Caso haja despesas pela participação na pesquisa (alimentação, transporte, entre outros) haverá ressarcimento e o mesmo será feito com recurso próprio dos pesquisadores. Caso venham ocorrer eventuais danos decorrentes da pesquisa ficam resguardados os direitos de indenização de todos os envolvidos na pesquisa e a indenização será feita com recurso próprio dos pesquisadores.

Os resultados da pesquisa trarão **benefícios** no sentido de averiguar se o ensino sobre ortodontia ministrado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é suficiente para adequada formação do cirurgião-dentista.

Eu....., RG....., responsável e representante legal de fui informado (a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitaram a participação do caso clínico do meu filho(a) neste estudo e que autorizei e tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que a participação do meu filho(a) no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do representante legal da criança

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da pesquisadora auxiliar

_____, ____ de _____ de 2015.
 Em caso de necessidade, contate com: Aline Vieira Souza.
 Endereço: Rua João Meirelles, 884 (Bloco F, Apt 106)
 Abraão- Florianópolis/SC.
 Telefone: (48) 9102-1410. E-mail: alinevieiraa@hotmail.com

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRADUANDOS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **O CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA SOBRE ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA** é desenvolvido pela graduanda em Odontologia **Aline Vieira Souza** (RG nº: 5938766 - SSP/SC - CPF nº: 05474294956). Trata-se de pesquisa em Ortodontia pelo Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para Trabalho de Conclusão de Curso. Área Concentração: Ortodontia, sob orientação do Prof. Dr. Daltro Éneas Ritter (pesquisador responsável). Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 1.076.634.

A pesquisa tem como **objetivo principal** avaliar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. Para tanto o **procedimento** usado será um questionário composto por 6 casos clínicos com questões fechadas, que será realizado em uma sala de informática no Centro de Ciências da Saúde (CCS) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e respondida em horários de aulas teóricas disponibilizados pelos professores. Junto a entrevista será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista só estará disponível para resolução quando o participante confirmar que leu e concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa possui natureza educacional, trata-se de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. É importante ressaltar que a pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- Liberdade de recusa à participação total;
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- Os registros coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos;
- Informações sobre possíveis riscos e indenizações.

A pesquisa contém riscos mínimos, como por exemplo: mínima probabilidade de os pacientes serem reconhecidos através das fotos presentes no questionário; constrangimento do aluno quando o mesmo não souber as respostas presentes no questionário; possibilidade dos nomes dos estudantes que não obtiveram êxitos nas respostas das perguntas se tornarem públicos pelo fato de usarmos o laboratório de informática onde circulam pessoas que não participam da pesquisa que podem vir a ter

acesso a esses dados e divulga-los antieticamente e constrangimento dos professores responsáveis da disciplina de ortodontia da UFSC, caso o resultado da pesquisa seja desfavorável. Caso haja despesas pela participação na pesquisa (alimentação, transporte, entre outros) haverá ressarcimento e o mesmo será feito com recurso próprio dos pesquisadores. Caso venham ocorrer eventuais danos decorrentes da pesquisa ficam resguardados os direitos de indenização de todos os envolvidos na pesquisa e a indenização será feita com recurso próprio dos pesquisadores.

Os resultados da pesquisa trarão **benefícios** no sentido de averiguar se o ensino sobre ortodontia ministrado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é suficiente para adequada formação do cirurgião-dentista.

Eu....., RG..... fui informado (a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizarei e tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que minha participação no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da pesquisadora auxiliar

_____, ____ de _____ de 2015.
Em caso de necessidade, contate com: Aline Vieira Souza.
Endereço: Rua João Meirelles, 884 (Bloco F, Apt 106)
Abraão- Florianópolis/SC.
Telefone: (48) 9102-1410. E-mail: alinevieiraa@hotmail.com

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Prezado(a) Graduando(a):

Eu Aline Vieira Souza, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, cursando o 9º semestre do curso, RG 5938766, nascida em 14/10/1992, sexo feminino, orientanda pelo Professor Doutor Daltro Éneas Ritter quero convidá-lo(á) para participar de uma pesquisa intitulada “O Conhecimento dos Graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina sobre Ortodontia Preventiva”. Esta pesquisa tem como objetivos verificar a qualidade do ensino sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa ministrado na Universidade Federal de Santa Catarina. Todas as partes da pesquisa estão de acordo com Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A finalidade do estudo é realizar uma avaliação dos graduandos sobre o assunto exposto. Para isso, será necessário concordar com o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido e responder um instrumento de avaliação de acordo com a sua disponibilidade. Tudo o que responder neste questionário será confidencial, sigiloso e estará sob minha responsabilidade. O conteúdo do questionário será utilizado apenas para a realização do estudo podendo ser publicado em eventos e revistas científicas. É importante informar, que será mantido absoluto sigilo quanto à sua identidade e que a tabulação dos dados será realizada por mim. A sua participação será totalmente voluntária, podendo deixá-la a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de sanção ou prejuízo. Antes de iniciar, gostaria de saber se você necessita de mais alguma informação pois estou à disposição para os esclarecimentos. Tendo decidido colaborar no estudo, necessito que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responda as questões abaixo para o acesso ao sistema bem como o instrumento de avaliação. Agradeço a sua atenção e colaboração.

Aline Vieira Souza

Telefones: 9102-1410 - E-mail: alineevieiraa@hotmail.com

Daltro Éneas Ritter

Telefone: 3721-5141- E-mail: daltroritter@hotmail.com

- a) Aceito
- b) Não aceito

Dados demográficos:

Nome:

E-mail:

Sexo:

Semestre a qual pertence:

- a) 6^a
- b) 7^a
- c) 8^a
- d) 9^a
- e) 10^a

1- Paciente 1, com 7 anos de idade, sexo feminino, apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Quanto a falta de espaço nos arcos para os dentes, a paciente possui Discrepância de Modelo (DM) inferior = +1mm e (DM) superior = -3mm. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico assinale a alternativa correta para o tratamento do paciente:

FIGURA 1 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 1



FIGURA 2 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 1



FIGURA 3 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 1



FIGURA 4 – Fotografia oclusal superior - Paciente 1



FIGURA 5 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 1



FIGURA 6 – Radiografia panorâmica - Paciente 1



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levante de mordida.
- c) Tratamento através do uso de aparelho mantenedor de espaço no arco superior.
- d) Tratamento através do uso de aparelho recuperador de espaço no arco superior.
- e) Tratamento através do uso aparelho com grade palatina fixa.

2- Paciente 2, com 6 anos de idade, sexo feminino, apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico assinale a alternativa correta para o tratamento do paciente.

FIGURA 7 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 2



FIGURA 8 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 2



FIGURA 9 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 2



FIGURA 10 – Fotografia oclusal superior - Paciente 2



FIGURA 11 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 2



FIGURA 12 – Radiografia panorâmica - Paciente 2



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de plano inclinado fixo.
- c) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levante de mordida.
- d) Tratamento através do uso de aparelho com grade palatina fixa.
- e) Tratamento através do uso de aparelho para disjunção da maxila.

3- Paciente 3, com 6 anos de idade, sexo masculino, apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Quanto a falta de espaço nos arcos para os dentes, o paciente possui Discrepância de Modelo (DM) inferior = 0mm e DM superior = +1mm. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico assinale a alternativa correta para o tratamento do paciente.

FIGURA 13 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 3



FIGURA 14 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 3



FIGURA 15 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 3



FIGURA 16 – Fotografia oclusal superior - Paciente 3



FIGURA 17 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 3



FIGURA 18 – Radiografia panorâmica - Paciente 3



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levante de mordida.
- c) Tratamento através do uso de aparelho mantenedor de espaço no arco inferior.
- d) Tratamento através do uso de aparelho recuperador de espaço no arco inferior.
- e) Tratamento através do uso de aparelho para disjunção da maxila.

4- Paciente 4, com 8 anos de idade, sexo masculino, apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Quanto a falta de espaço nos arcos para os dentes, o paciente possui Discrepância de Modelo (DM) inferior = +1mm e DM superior = +1,5mm. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico, além da remoção do hábito deletério, assinale a alternativa complementar para o tratamento do paciente:

FIGURA 19 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 4

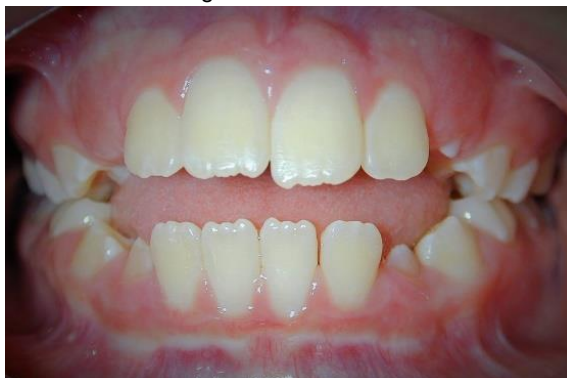


FIGURA 20 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 4



FIGURA 21 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 4



FIGURA 22 – Fotografia oclusal superior - Paciente 4



FIGURA 23 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 4



FIGURA 24 – Radiografia panorâmica - Paciente 4



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levante de mordida.
- c) Tratamento através do uso de aparelho recuperador de espaço no arco superior.
- d) Tratamento através do uso de aparelho com grade palatina fixa.
- e) Tratamento através do uso de aparelho mantenedor de espaço no arco superior.

5- Paciente 5, com 10 anos de idade, sexo feminino. Paciente apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Quanto a falta de espaço nos arcos para os dentes, a paciente possui Discrepância de Modelo (DM) inferior = +2mm e DM superior = +1 mm. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico assinale a alternativa correta para o tratamento do paciente.

FIGURA 25 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 5

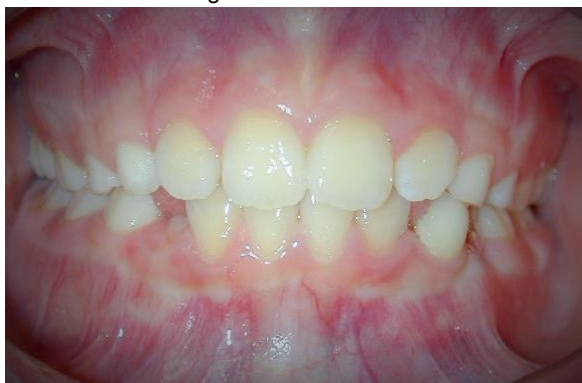


FIGURA 26 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 5



FIGURA 27 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 5



FIGURA 28 – Fotografia oclusal superior - Paciente 5



FIGURA 29 – Fotografia oclusal inferior - Paciente 5



FIGURA 30 – Radiografia panorâmica - Paciente 5



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de aparelho com grade palatina fixa.
- c) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levante de mordida.
- d) Tratamento através do uso de plano inclinado fixo.
- e) Tratamento através do uso de aparelho para disjunção da maxila.

6- Paciente 6, com 4 anos de idade, sexo masculino. Paciente apresenta padrão esquelético Classe I, com bom relacionamento entre maxila e mandíbula, tanto no sentido horizontal quanto vertical. Com base nas informações fornecidas acima, analise as radiografias e fotografias e de acordo com seu diagnóstico assinale a alternativa correta para o tratamento do paciente.

FIGURA 31 – Fotografia intra-oral frontal - Paciente 6



FIGURA 32 – Fotografia intra-oral direita - Paciente 6



FIGURA 33 – Fotografia intra-oral esquerda - Paciente 6



FIGURA 34 – Radiografia panorâmica - Paciente 6



- a) Não necessita de tratamento, apenas acompanhamento.
- b) Tratamento através do uso de aparelho mantenedor de espaço no arco superior.
- c) Tratamento através do uso de aparelho recuperador de espaço no arco superior.
- d) Tratamento através do uso de aparelho com grade palatina fixa.
- e) Tratamento através do uso de aparelho com molas digitais e placa para levantar de mordida.

11. ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISAS EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

Pesquisador: Daltro Eneas Ritter

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43597115.4.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.078.634

Data da Relatoria: 25/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata o projeto de pesquisa de TCC, a ser executado com 200 alunos do curso de Odontologia, com estudo de seis casos distintos, para cada caso uma pergunta, para diagnosticar se os estudantes dominam os conteúdos ministrado no curso.

Com a diminuicao da prevalencia e severidade da carie e da doenca periodontal, outros problemas odontologicos vem ganhando destaque no cenario mundial, entre eles as oclusopatias. Diante desse contexto, se fez necessario uma reforma no modelo assistencial com a incorporacao de politicas que viabilizem o tratamento ortodontico no setor publico, objetivando assim uma ampliacao na cobertura de servicos a saude. Perante a isso e imprescindivel que os cirurgioes-dentistas adquiram conhecimentos teoricos e praticos sobre ortodontia preventiva e interceptativa durante a sua formacao profissional a fim de que possam atuar adequadamente em setores publicos e privados. O objetivo geral e Avaliar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa. A pesquisa sera realizada com os graduandos em Odontologia da Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC) matriculados do sexto ao decimo semestre letivo do curso, voluntarios, no momento da aplicacao da pesquisa. A pesquisa sera realizada em uma sala de informatica localizada no Centro de Ciencias da Saude (CCS) onde serao apresentados o Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.076.634

Esclarecido e o instrumento de coleta de dados. O questionário será elaborado através do

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o conhecimento dos graduandos em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina sobre Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

Objetivo Secundário:

Comparar o nível de aprendizagem entre os graduandos que se encontraram em diferentes semestres. Analisar o currículo do curso sobre ortodontia. Identificar possíveis fortalezas e fragilidades do currículo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor do projeto, em resposta à CEPESH apontou o seguinte: Em relação aos riscos, acrescentamos os seguintes:

- Os alunos podem ter suas respostas divulgadas por alguém externo a pesquisa, e que venha a invadir o sistema, e antiteticamente expor os dados;
- Os professores responsáveis da disciplina de ortodontia da UFSC podem se sentir constrangidos caso o resultado da pesquisa seja desfavorável;
- Além disso, aproveitamos para inserir outros riscos como: "mínima probabilidade de os pacientes serem reconhecidos através das fotos presentes no questionário; constrangimento do aluno quando o mesmo não souber as respostas presentes no questionário"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aponta uma preocupação central que consiste em mensurar o aprendizado dos estudantes de odontologia relativo à Ortodontia Preventiva e Interceptativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE consta anexado de acordo com a Resolução 486/CONEP/2012.

Recomendações:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.076.634

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O autor deve considerar a possível insatisfação dos professores que ministram os conteúdos em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

