

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMPORTAMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DE
CURITIBA - Pr., ACERCA DA INDICAÇÃO
E UTILIZAÇÃO DOS FLUORETOS

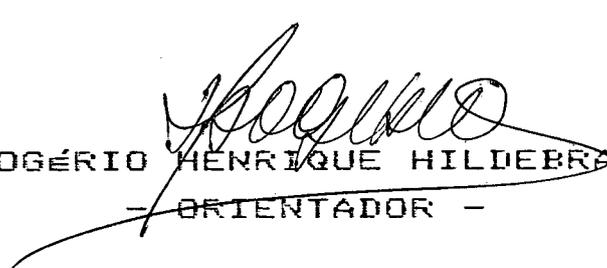
DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - OPÇÃO ODONTOPEDIATRIA - DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ODONTOLOGIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

EDUARDO KARAM SALTORI

Florianópolis

1992

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM ODONTOLOGIA", ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA, APRESENTADA PERANTE A BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:


PROF. DR. ROGÉRIO HENRIQUE HILDEBRAND DA SILVA
- ORIENTADOR -


PROF. DR. PAULO RENATO CORREA GLAVAM


PROF. DR. SYLVIO MONTEIRO JÚNIOR

"As potencialidades existentes em cada pessoa constituirão a sua própria motivação; serão uma proposta permanente do indivíduo, uma proposta de si para si".

DEDICATÓRIA

"Aos meus pais Eduardo e Marisa, pela força, pelo apoio, pelo crédito, pelo incentivo, pela "grana" e pelo amor (de Deus).

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Rogério Henrique Hildebrand da Silva, pelo crédito, pela paciência e, em especial, pela sábia orientação, todos fundamentais para a realização deste trabalho.
- À Izabel Cristina Santos Almeida, pelo incentivo, pela cobrança, pelo apoio e, principalmente, pela amizade dedicada.
- À Ana Maria Vieira Frandolozo - Secretária do Curso de Pós-Graduação em Odontologia - pela disponibilidade, pelo carinho e pela atenção demonstrada.
- Ao Professor Paulo Renato Corrêa Glavam - Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, pelo apoio e pela sensibilidade em momentos importantes.
- À Professora Liene Campos, pela orientação na Revisão da Literatura e Referências Bibliográficas.
- À Magda Lange Ramos, pelo auxílio na fase de revisão da literatura.
- Aos Acadêmicos de Odontologia da PUC-Pr., em especial à Iara L. Massignan, pelo auxílio em algumas etapas do trabalho.
- Aos Profissionais que gentilmente responderam as entrevistas.
- A todos os que, de alguma forma, com seus comentários, conselhos, críticas, estímulo e oposição, contribuíram ou contribuem para minha formação profissional.
- A Deus, por ser Deus e estar comigo em todos os momentos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	vii
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I	
1 - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II	
2 - REVISÃO DA LITERATURA	6
CAPÍTULO III	
3 - PROPOSIÇÃO	23
CAPÍTULO IV	
4 - MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1. MATERIAL	26
4.2. MÉTODO	26
CAPÍTULO V	
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
CAPÍTULO VI	
6 - CONCLUSÕES	64
CAPÍTULO VII	
7 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	78

LISTA DE TABELAS

- 1 - Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados, por grupo, segundo o sexo e faixa etária. Curitiba (Pr.), 1992... 30
- 2 - Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados, por grupo, segundo o tempo de formados. Curitiba (Pr.), 1992..... 30
- 3 - Distribuição dos componentes dos Grupos II e III, segundo a especialidade. Curitiba (Pr.), 1992..... 32
- 4 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a utilização do flúor na prática profissional. Curitiba (Pr.), 1992.. 32
- 5 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo as razões pelas quais utilizam o flúor. Curitiba (Pr.), 1992..... 33
- 6 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a forma de utilização do flúor. Curitiba (Pr.), 1992..... 35
- 7 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a forma de utilização do flúor que consideram mais eficiente. Curitiba (Pr.), 1992..... 37
- 8 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a frequência de utilização do flúor. Curitiba (Pr.), 1992..... 39
- 9 - Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo os fatores considerados para indicação de flúor. Curitiba (Pr.), 1992.. 41
- 10- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o sujeito da indicação do flúor. Curitiba (Pr.), 1992..... 41
- 11- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a opinião sobre a ação do flúor na água de abastecimento. Curitiba (Pr.), 1992..... 43

- 12- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o conhecimento da existência de flúor na água de abastecimento de Curitiba (Pr.), 1992..... 45
- 13- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o conhecimento da concentração de flúor na água de abastecimento de Curitiba (Pr.), 1992..... 46
- 14- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a opinião sobre a suplementação sistêmica com flúor. Curitiba (Pr.), 1992..... 46
- 15- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a indicação de suplementação sistêmica de flúor. Curitiba (Pr.), 1992 48
- 16- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo opinião sobre a ação dos dentifrícios fluoretados. Curitiba (Pr.), 1992..... 50
- 17- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a indicação de dentifrícios fluoretados. Curitiba (Pr.), 1992..... 51
- 18- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a frequência de recomendação de dentifrícios fluoretados. Curitiba (Pr.), 1992..... 51
- 19- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o sujeito da indicação de dentifrícios fluoretados. Curitiba (Pr.), 1992..... 53
- 20- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a opinião sobre a ação dos bochechos com soluções fluoretadas. Curitiba (Pr.), 1992..... 53

- 21- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a indicação de bochechos com soluções fluoretadas. Curitiba (Pr.), 1992..... 55
- 22- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a frequência de indicação de bochechos com soluções fluoretadas. Curitiba (Pr.), 1992..... 55
- 23- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o sujeito da indicação de bochechos com soluções fluoretadas. Curitiba (Pr.), 1992..... 57
- 24- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o modo de prescrição de soluções fluoretadas para bochechos. Curitiba (Pr.), 1992..... 57
- 25- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a opinião sobre a aplicação tópica de fluoretos. Curitiba (Pr.), 1992..... 59
- 26- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a utilização de aplicações tópicas de fluoretos (Pr.), 1992..... 61
- 27- Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo a frequência de utilização de aplicações tópicas de fluoretos. Curitiba (Pr.), 1992..... 61a
28. Distribuição dos entrevistados, por grupo, segundo o sujeito da indicação de aplicações tópicas de fluoretos. Curitiba (Pr.), 1992..... 63

RESUMO

Com o propósito de identificar o comportamento de Cirurgiões-Dentistas de Curitiba, Paraná, com relação às indicações e utilizações dos fluoretos em sua prática profissional, o autor entrevistou 71 clínicos gerais, 54 especialistas e 34 professores de Odontologia. Concluiu que, embora o fluoreto seja uma das substâncias mais empregadas em Odontologia, os profissionais entrevistados demonstraram despreparo para indicá-lo ou utilizá-lo devidamente. Concluiu também que, mesmo tendo sido observadas diferenças entre os grupos, os resultados ficaram aquém do que seria desejado.

ABSTRACT

With the purpose of identifying the behavior of dentists from Curitiba, Paraná, about fluoride indications and utilizations in their professional practice the author interviewed 71 general practitioners, 54 specialists and 34 teachers of Dentistry. He concluded that in spite of being the fluoride one of the most used substances in Dentistry, the interviewed dentists showed lack of knowledge for indicating or utilizing them. He also concluded that although it had been possible to observe differences among the groups the results were not the desirable ones.

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia é, certamente uma das ciências que vem apresentando um dos mais significativos avanços. Surgem quase que diariamente artigos e trabalhos trazendo resultados e conclusões, onde são apresentados novos métodos e novos materiais, os quais levam ao desenvolvimento e execução de uma prática profissional bastante diferente daquela realizada há anos atrás. Desta forma, verifica-se uma aproximação cada vez maior rumo a uma Odontologia mais preventiva e conservadora.

Devido ao maior ou menor desenvolvimento técnico-científico, a Odontologia vive realidades diversas em diferentes países. A descoberta científica leva à necessidade de alterações no ensino que, por sua vez, exigem reorganização dos currículos e conteúdos oferecidos pelas faculdades. Esses acontecimentos, somados aos lançamentos industriais e comerciais, bem como à cultura e ao governo de determinado país, serão os responsáveis pelo sucesso ou não do tratamento odontológico (BRASIL¹⁰).

Nos locais onde foi possível a união dos fatores citados, a necessidade odontológica hoje é bastante diferente das demais localidades. Assim, nesses últimos anos, em alguns países desenvolvidos, faculdades de Odontologia estão fechando, disciplinas sendo reavaliadas e materiais e técnicas desaparecendo. A cárie dentária e a doença periodontal, outrora consideradas prioridade na área de saúde bucal, diminuíram ou vem diminuindo sua incidência, sendo consideradas, inclusive, erradicadas em algumas faixas etárias. Hoje, nesses países, já se discute a validade da utilização de técnicas e substâncias que, no passado, foram apontadas como responsáveis pela melhora alcançada (KALSBECK & VERRIPS⁴²).

Entretanto, a maior parte das nações ainda luta pela obtenção de êxito no controle e na redução da cárie dentária e da doença periodontal. Os chamados "Países em Desenvolvimento" ou "Países de Terceiro Mundo", por problemas sociais, culturais, científicos, econômicos, técnicos ou políticos, permanecem com níveis bastante altos de incidência daquelas doenças. Poucos países caminham firmes em direção à solução. A maioria, pelas dificuldades citadas, apresentam hoje um quadro muito semelhante àquele de 10 ou 20 anos atrás (PINTO⁶¹).

No caso do Brasil, a saúde bucal vem sendo considerada já há alguns governos. Os grandes problemas bucais - cárie e doença periodontal - afetam virtualmente a totalidade de sua população, independentemente da região, raça, nível social ou renda mensal (BRASIL¹⁰). Essa situação vem se mantendo de tal forma que os índices permanecem entre os mais elevados do planeta. O índice CPD para a faixa etária de 12 anos, que em 1950 era de 6,9, em 1970 era de 6,65 e hoje é de 6,7, é mais um fator demonstrativo da incompetência da Odontologia praticado no Brasil nos últimos 40 anos (CUNHA²²).

Como um país que possui mais de 80 faculdades de Odontologia, que forma mais de 5.500 novos profissionais a cada ano, que possui cerca de 120.000 cirurgiões-dentistas registrados, que apresenta uma Odontologia tecnicamente reconhecida, que dispõe em seu mercado de materiais de boa qualidade e que oferece inúmeros cursos de pós-graduação (CFD¹⁸), pode explicar esse insucesso? Os baixos níveis de cultura e educação, a extensão geográfica, a situação econômica e social, a má distribuição da renda, a falta de planejamento e o descaso, tanto de profissionais como do governo, poderiam ser responsabilizados pela falta de êxito. No entanto, países com situações semelhantes obtiveram ou vêm obtendo resultados significativos, atuando em todos os níveis de prevenção (PINTO⁶²). É fato que, tanto nesses países como nos desenvolvidos, a Odontologia só começou a mudar efetivamente a

partir da comprovação da relação flúor-Odontologia (ARNOLD et al⁵).

A Odontologia brasileira acompanha as novidades referentes ao uso dos fluoretos, antes como agentes preventivos e hoje também como terapêuticos (CURY²³, OGAARD⁵⁷) através dos inúmeros artigos publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, uma vez que nenhuma substância de uso odontológico foi objeto de tantas publicações como os fluoretos. Além disso, a divulgação oficial, profissional, científica ou comercial, tornou o flúor o elemento mais relacionado à Odontologia pela população em geral.

Quando se verifica a atual intenção do governo brasileiro, é possível mensurar a importância que os fluoretos possuem. Até 31 de agosto de 1995, o governo pretende reduzir o CPD na faixa de 12 anos de idade para 4,3, reduzir em 50% o número de crianças em idade escolar atingidas pela doença periodontal e criar condições para atendimento de, no mínimo, 80% das crianças em idade escolar, para tratamento de lesões de cárie. Para atingir estas metas, são objetivos: fluoretar 100% dos abastecimentos públicos de água, garantir o uso de fluoretos tópicos para 100% das crianças em idade escolar e promover a fluoretação do sal de consumo humano (BRASIL¹⁰).

Uma vez que a Odontologia no Brasil é predominantemente liberal e baseada no exercício individual em consultório particular, é necessário saber como a prevenção vem atuando e pretende atuar a nível de clínica particular. Objetivando diagnosticar parte desta realidade, o presente trabalho procura identificar o comportamento, a nível de consultório, de cirurgiões-dentistas em relação à indicação e utilização de fluoretos e avaliar as diferenças de comportamento entre clínicos gerais, especialistas e professores de cursos de Odontologia.

O autor acredita que, dos resultados, poderão ser tiradas conclusões que levem à reformulação do ensino, melhor divulgação de métodos e materiais e informações que possam colaborar para uma Odontologia mais eficiente.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

Considerando o grande número de relatos publicados na literatura odontológica mundial sobre os vários aspectos dos fluoretos, neste capítulo serão abordadas apenas as pesquisas que constituírem a fundamentação teórica do trabalho que realizamos.

BIBBY & VAN KESTEREN⁹ demonstraram haver relação entre a concentração de flúor e o crescimento de bactérias presentes na cavidade bucal. Os autores testaram o efeito de várias concentrações de soluções fluoretadas sobre o metabolismo e a produção do ácido de bactérias. Concluíram que concentrações em torno de 1 ppm foram suficientes para limitar a produção de ácido e concentrações acima de 250 ppm eram necessárias para inibir o crescimento das bactérias. Foi demonstrado, também, redução das culturas bacterianas em esmalte e dentina.

CHEYNE¹⁷, apoiado pelos estudos de Dean, demonstrou, através da ingestão de fluoretos, a efetividades de flúor quando comparou os dentes de crianças portadoras de lesões de cárie. Concluiu o autor que, embora o flúor sistêmico não tivesse interferido no desenvolvimento da lesão cariosa já existente, foi bastante efetivo na prevenção e no desenvolvimento de novas lesões.

DEAN & ARNOLD²⁶ estudaram uma população que fazia uso de água com alto teor de flúor em Grand Rapids, E.U.A. Os estudos preliminares, apoiados em diversos estudos comprobatórios, demonstraram que a população servida por água com excesso de flúor apresentava reduções no índice de cárie dentária em torno de 50%. O excesso de flúor, porém, apresentou como efeito indesejado o aparecimento de manchas e alterações a nível de esmalte, que viriam a caracterizar um quadro de fluorose dentária. Definiram os autores que, uma vez mantido o nível ideal de flúor, po-

der-se-ia obter altos índices de redução da cárie, sem que houvesse prejuízo à estética.

VIEGAS⁷⁹ destacou o uso de fluoretos como fundamental no combate à cárie dentária, ressaltando a necessidade do governo brasileiro fluoretar toda a rede de água de abastecimento. Realçou, também, a necessidade de uma Odontologia mais preventiva e de cunho social, a qual, entre outras ações, deveria incrementar o uso de fluoretos, tanto na forma sistêmica como tópica.

ARNOLD et al⁵ observaram a situação em Grand Rapids (EUA), 15 anos após a instituição do controle de flúor na água de abastecimento, em torno de 1 ppm. Avaliando o período de 1956 a 1959, correspondente ao décimo segundo até o décimo quinto ano após o controle, os autores verificaram redução nos índices de cárie de 57% em crianças de 12 a 14 anos de idade e de 46% em crianças nascidas há 15 ou 16 anos, quando comparados a um grupo de crianças de Muskegon, cidade americana sem água fluoretada.

RICHARDSON⁶³, em estudo in vitro, observou centenas de peças de esmalte humano preparadas para verificação de fixação e retenção de íons flúor pelo esmalte. As peças foram tratadas diversas vezes com soluções fluoretadas, com frequências e concentrações diferentes e lavadas após cada aplicação. O autor constatou que as peças que receberam o flúor com mais frequência e com maior concentração apresentaram os mais altos teores de flúor. Observou também que a fixação era bastante aumentada quando se permitia uma aplicação por 3 horas ou mais e quando se diminuam as lavagens.

BRUDEVOLD et al¹³ afirmaram que a efetividade dos agentes tópicos era proporcional à capacidade de depósitos de flúor. Relataram, também no seu estudo in vitro, que os materiais

utilizados na forma tópica apresentaram um notável aumento na qualidade de fluoreto retido no esmalte, 24 horas após a utilização.

ENGLANDER²⁹ et al mostraram os efeitos anti-cárie de repetidas aplicações tópicas de fluoretos. O estudo foi realizado em crianças voluntárias de Cheektoanga, New York (EUA), que receberam aplicações tópicas durante 21 meses, por meio de um aplicador específico e sob orientação de Técnicas em Higiene Dental. Concluíram que, entre outras vantagens, a alta frequência permitia utilizar menor quantidade de gel, possibilitava íntimo contato da substância com os dentes - inclusive espaços proximais e fóssulas e fissuras - pela pressão exercida e as aplicações podiam ser realizadas em várias crianças ao mesmo tempo.

ERICSSON & FORSMAN³¹ descreveram a retenção de fluoretos após o uso de bochechos ou dentifrícios com flúor. Foram analisadas crianças na faixa de 3 a 7 anos de idade, utilizando-se solução de NaF a 0,05% e dentifrícios contendo 1 mg de fluoreto. Os resultados encontrados comprovaram a retenção de fluoretos no esmalte, em ambas as situações.

WEY⁸¹ fez uma análise das formas de utilização de fluoretos na prática clínica. A aplicação tópica convencional com flúor fosfato acidulado a 1,23%, a aplicação tópica a 2% (NaF), os bochechos diários com 0,05% e semanais com 0,2% de NaF, a aplicação tópica com fluoreto de estanho a 8% e a suplementação sistêmica com comprimidos, gota ou tabletes foram considerados métodos positivos pelo autor, que ressaltou também a necessidade de se tomar os devidos cuidados afim de evitar uma intoxicação com a substância.

HOROWITZ et al⁴¹ observaram os efeitos da fluoretação da água em uma escola em Elk Lake (Pensilvânia - EUA), 12 anos

após sua introdução. Encontraram reduções no índice de dentes cariados em torno de 50%, variando levemente de acordo com as idades.

HEIFETZ et al³⁸ estudaram a ação da água fluoretada na redução da cárie em crianças de Seagrove (EUA), após 8 anos de implantação. Crianças de 6 anos de idade que residiam em área com baixo teor de flúor (0,3 ppm) passaram a ter, na escola, uma concentração de 6,3 ppm. Verificaram a redução de 40% na incidência da cárie dentária. Concluíram que comunidades com água não fluoretada podiam utilizar altas concentrações de flúor (sugeriu em torno de 4,5 ppm) na água que abastecia a escola.

LEUCKHART⁴⁸ avaliou a utilização de fluoretos em águas de abastecimento, mesmo ressaltando que havia necessidade de rigoroso acompanhamento, atenção quanto ao controle e avaliação da condição particular de cada comunidade. O autor defendeu a utilização desse método, que demonstrou ser eficaz no combate à cárie dentária em vários países diferentes.

ARENDS et al⁴ fizeram comparações da retenção do flúor pelo esmalte humano, após aplicação de diversos métodos de uso tópico. Para tanto, os autores utilizaram, em estudo in vitro, cortes de um mesmo dente que recebeu diferentes formas de verniz com flúor e pastas profiláticas com flúor. Foram comparados também dentes decíduos e permanentes. Os autores concluíram que existiam diferentes formas de penetração e retenção do flúor e que todas as técnicas utilizadas permitiram a retenção de flúor pelo esmalte de dentes decíduos e permanentes.

SEPPÄ et al⁷³ pesquisaram a eficiência do verniz com flúor como substância preventiva, em comunidades que possuíam água fluoretada. Utilizando 2 diferentes marcas de verniz com flúor, um grupo de 189 crianças recebeu aplicação da substância

em um lado da arcada. Essa aplicação foi feita semestralmente durante 3 anos. O estudo concluiu que houve redução de 40% a 75% no índice de cárie e na extensão desse processo.

RIPA⁶⁵ relacionou o que os profissionais da área odontológica deviam conhecer para poder indicar o uso apropriado de fluoretos. O autor fez uma revisão da literatura, com o intuito de demonstrar os conceitos atuais para recomendação de terapias com fluoretos. Advertiu que, antes de prescrever ou indicar o flúor, o profissional devia conhecer muito bem os efeitos da frequência e concentração de todas as formas de utilização. Da mesma forma, saber se o paciente já possuía algum contato com o flúor e seguir as recomendações necessárias eram pré-requisitos indispensáveis para a correta indicação do uso de fluoretos.

DIJKMAN et al²⁷ avaliaram a deposição de flúor sobre o esmalte, após aplicação tópica de 3 diferentes tipos de fluoretos. Os autores utilizaram o APF gel, Duraphat e o Flúor Protector. O estudo, realizado in vitro, demonstrou que, embora em quantidades e profundidades diferentes, os 3 métodos produziram a formação de fluoretos sobre o esmalte (principalmente o fluoreto de cálcio) e dentro do esmalte.

CARR¹⁴ avaliou os índices de cárie dentária e doença periodontal no período de 1977 a 1980, em crianças australianas. Verificou, entre outros resultados, que o índice de cárie para os dentes permanentes caiu de 49,3 em 1977 para 33,8 em 1980, bem como foram reduzidos os índices de dentes permanentes e decíduos com extração indicada. Dentre outros fatores responsáveis pela melhoria das condições bucais, o autor citou o uso de água fluoretada, a suplementação com flúor e o aumento do uso dos dentífrícios fluoretados. Citou ainda que a fluoretacão foi introduzida em Camberra em 1964, quando o índice de doença periodontal em crianças com 10 anos de idade era de 4,43 e que, 10 anos depois (1974) esse índice foi reduzido para 2,16.

KOCH⁴⁴ demonstrou a significativa redução dos índices de cárie dentária ocorrida na Suécia, onde 35% das crianças de 6 anos de idade apresentavam-se, já em 1982, livres de cárie. Citou o autor que, embora não existisse na Suécia a fluoretação da água de abastecimento, os fluoretos eram largamente utilizados, pois os bochechos semanais com solução de fluoreto de sódio a 0,2% cobriam virtualmente todas as crianças de 7 a 15 anos de idade. As aplicações tópicas eram muito usadas nos consultórios e os dentífrícios fluoretados, em 1982, já dominavam praticamente 100% do mercado sueco.

ANDERSON² mostrou redução no índice da cárie dentária em crianças e a diminuição de adultos edêntulos, na Inglaterra. De 1968 a 1978, crianças tiveram redução na incidência de cárie em torno de 47% e baixou de 37% para 29% o percentual de pessoas edêntulas. Uma avaliação por região permitiu ao autor concluir que a redução foi mais significativa nas regiões onde existia água fluoretada.

BROWN¹¹ realizou um estudo epidemiológico em adolescentes da Nova Zelândia e verificou que as cáries vinham diminuindo de incidência e também em extensão das lesões. Baseado na literatura, o autor concluiu que os profissionais poderiam, com uso dos fluoretos, controlar e acompanhar as cáries incipientes e as lesões brancas, outrora removidas para dar lugar a restaurações.

KATZ et al⁴³ dedicaram dois capítulos extensos avaliando a ação dos fluoretos, nas formas sistêmica e tópica. Os autores fizeram um histórico da relação do flúor com a Odontologia, descreveram as formas de ação, mostraram os resultados de sua utilização nas diversas formas e concluíram que os fluoretos eram bastante efetivos no combate à cárie dentária e à doença periodontal.

MELLBERG & RIPA⁵³ mostraram a ação preventiva e terapêutica dos fluoretos, descrevendo o metabolismo de variadas formas de utilização dessa substância. Os autores mostraram a importância da frequência de utilização e citaram ser fundamental o conhecimento por parte do profissional para a indicação correta, realização da técnica ideal e observação das recomendações necessárias.

RUBEINSTEIN & AVENT⁷⁰ relataram que o uso do flúor tinha se mostrado eficiente, de acordo com vários trabalhos já publicados. Baseados em sua pesquisa, onde aplicaram um questionário a 149 crianças de Virgínia (EUA) que receberam previamente aplicações tópicas de flúor fosfato acidulado, os autores mostraram que as crianças gostaram de receber a aplicação e que, para se evitar efeitos indesejáveis, era necessário conhecimento e atenção profissional.

ADA¹, comprovando a importância dos fluoretos no combate à cárie dentária, lançou um Guia de Utilização dos Fluoretos, visando a prevenção da doença. O guia descreveu as variadas formas de uso de flúor, explicando sua ação, indicação, efeitos e os cuidados que deviam ser tomados.

CHAVES¹⁶ descreveu a realidade Odontológica no Brasil. Vários aspectos foram considerados, passando por todos os níveis de prevenção e pelos sistemas utilizados. No capítulo referente à utilização do flúor pela Odontologia brasileira, o autor comentou extensivamente a sua utilização na água de abastecimento. Defendendo a expansão do programa de fluoretação, que mostrou-se eficaz em outros países, o autor sugeriu algumas ações que deveriam ser tomadas pelo governo, visando melhorar a saúde bucal da população brasileira.

RIPA⁶⁷ discutiu o conceito atual dos riscos e benefícios trazidos pela grande utilização dos fluoretos pelos profis-

sionais e pela população norte americana, através de uma investigação do nível de fluorose dentária em crianças de Illinois (EUA), região que apresentava água fluoretada. O autor informou que eram inegáveis os benefícios do uso de fluoretos, traduzidos pela prevenção, estabilização e a possibilidade de reversão das lesões iniciais da cárie. Considerou o autor que os riscos existiam quando os fluoretos eram indicados em excesso, mas esses riscos podiam ser controlados com conhecimento e atenção profissional.

WHITFORD et al⁸² apresentaram seu trabalho em um simpósio sobre fluoretos tópicos, durante a 63ª Sessão da ADA, em Los Vegas (EUA). Os autores citaram os riscos da fluorose dentária, a possibilidade de disfunção gástrica, a possibilidade do aumento do nível de flúor na urina, os efeitos enzimáticos e na secreção exócrina. Em suas conclusões, os autores relataram que, para se obter os efeitos benéficos do flúor, seria necessário que houvesse supervisão dos pais e profissionais, bem como avaliação periódica das fórmulas dos produtos comerciais.

CASLAVSKA et al¹⁵ demonstraram a retenção de íons flúor após o uso de gel contendo NH_4F ou NaF . O estudo mostrou que, em ambos os casos, foram verificados aumentos no conteúdo de flúor no esmalte atacado pelas aplicações. Concluíram, também, que o gel que continha ácido em sua composição (NH_4F) apresentou melhores resultados.

FEJERSKOV³² testou, na Dinamarca, a combinação dos efeitos causados pela associação das terapias tópica e sistêmica, quando utilizadas em dentes humanos. Através de cortes histológicos realizados e posterior verificação clínica e pela micro-radiografia com luz polarizada, o autor concluiu que havia necessidade de rígida avaliação da especificidade de cada caso, antes de selecionar a terapia com flúor, afim de evitar o excesso indesejado e conseqüente fluorose dentária.

RIORDAM⁶⁴ ressaltou a importância da recomendação correta para se indicar terapias com fluoretos, atestando a importância de que os pais fossem devidamente orientados pelos profissionais, antes de seguir as normas apresentadas pelos fabricantes dos produtos disponíveis no mercado australiano.

ATHANASSOULI et al⁶ realizaram um estudo na Universidade de Leeds (Inglaterra), onde verificaram a distribuição padrão de fluoretos na superfície de fragmentos dentários, após tratamento com flúor gel. O trabalho demonstrou que existiam diferentes concentrações de flúor em diferentes locais do esmalte. Assim, sugeriram a atenção dos profissionais, de modo a atingir todas as superfícies do dente durante a aplicação tópica de fluoretos.

OLIVEIRA⁵⁸ analisou o uso de dentifrícios fluoretados em Curitiba (Pr.). Para tanto, o autor entrevistou profissionais da área odontológica, acadêmicos de Odontologia e a população em geral. Concluiu que existiam opiniões bastante divergentes no que se referia à indicação do dentifrício fluoretado, que havia necessidade de maior divulgação dos benefícios dos dentifrícios fluoretados, que uma razoável parcela de população não utilizava dentifrícios fluoretados e muitos que utilizavam não sabiam que existia flúor na composição.

GUEDES-PINTO³⁷ fez observações sobre o histórico dos fluoretos, sua utilização pela Odontologia, sua ação a nível sistêmico e tópico. O metabolismo do flúor foi descrito e seus métodos de utilização apresentados. O flúor na água de abastecimento, a suplementação com flúor, os bochechos com soluções fluoretadas, o uso de dentifrícios e as aplicações tópicas com diferentes fluoretos foram, apoiados por vasta referência bibliográfica, considerados métodos efetivos no combate à cárie.

PAIVA et al⁵⁹ realizaram um estudo em Cocal (SC) e

observaram a ocorrência de fluorose dentária em dentes decíduos e permanentes. Os graus de fluorose encontrados foram considerados de alto comprometimento e as anomalias de estrutura e cor atingiram dentes decíduos e, com mais intensidade, dentes permanentes. Os autores concluíram entre outras coisas que a fluoretação da água de abastecimento era benéfica, porém a população deveria conhecer os efeitos do flúor, os profissionais conhecer sua forma de ação e as autoridades realizar seu controle.

SERRA et al⁷⁴ avaliaram a deposição e a retenção de íons flúor em esmalte e dentina, 7 dias após a aplicação tópica de fluorofosfato acidulado, associado a diversos tratamentos. O trabalho demonstrou que sempre que se fazia aplicação tópica com flúor, havia aumento significativo do conteúdo de flúor, tanto em esmalte como em dentina. Verificaram também que, mesmo que a saliva diminuísse esse ganho de flúor, no caso de utilização in vivo, o esmalte e a dentina ainda apresentariam quantidades suficientes de flúor.

RIPA⁶⁶ avaliou a alta potência dos dentifrícios fluoretados nos EUA, pesquisando variadas concentrações de NaF e Monofluorofosfato de sódio. Também foi testada a mistura dos fluoretos. Concluiu o autor que a simples mistura não aumentou a proteção à cárie dentária e que o fluoreto de cálcio mostrou-se levemente superior ao monofluorofosfato. Observou ainda que, quando a mistura foi realizada com um fluoreto de maior concentração, o benefício foi mais significativo.

CURY²⁴ demonstrou a efetividade das diversas formas de utilização dos fluoretos, considerando principalmente sua ação tópica pela formação dos depósitos de fluoreto de cálcio e a participação deste no processo de des-remineralização. O autor concluiu ressaltando a ação, não só preventiva como, principalmente, terapêutica dos fluoretos.

BEISWANGER & STOOKEY⁸ compararam os efeitos cariostáticos dos dentifrícios com Fluoreto de sódio e Monofluorfosfato de sódio. Os autores fizeram uma revisão da literatura sobre a ação dos dentifrícios fluoretados sobre lesões de cárie. O estudo demonstrou que os dentifrícios contendo Fluoreto de sódio conseguiram 44% de inibição das cáries contra 24,4% conseguidos pelo Monofluorfosfato de sódio. Após misturar os fluoretos em concentrações variadas, os autores concluíram que o Fluoreto de sódio conseguiu os melhores índices de inibição do crescimento das lesões de cárie.

DAWES²⁵, em simpósio realizado durante um encontro da Associação Internacional de Pesquisa Odontológica e Organização Européia para Investigação da Cárie, descreveu o metabolismo dos fluoretos, seus efeitos sobre a placa dentária, sua relação com o processo da cárie dentária e sua relação com a mineralização dos tecidos calcificados. Após discutir a literatura, o autor concluiu que os fluoretos deviam ser usados de forma racional, tanto como método preventivo como terapêutico.

HOROWITZ³⁹ fez uma retrospectiva histórica até chegar ao estado atual da questão da utilização dos fluoretos de forma sistêmica pela Odontologia. O flúor na água de abastecimento, o sal fluoretado e as suplementações sistêmicas foram discutidos. O autor citou que, no momento da introdução de fluoretos na água de abastecimento, a realidade da situação bucal da população era uma e que, anos depois, foi possível constatar uma redução média em torno de 50% no índice de cárie. Foi questionada entretanto, a manutenção desse método em países que apresentavam baixos índices de cárie e doença periodontal. O autor concluiu que havia necessidade de se reavaliar a relação custo-benefício nessa situação.

PINTO⁶² relatou um conjunto de informações ao descrever as condições epidemiológicas e os sistemas de atenção odonto-

lógica, com uma abrangência mundial. O autor mostrou como vinha se desenvolvendo a Odontologia em diversos países e, de forma especial, no Brasil. Comparando a situação dos países desenvolvidos com os demais países, o autor demonstrou que, entre as soluções encontradas pelos primeiros, está a utilização racional do flúor na Odontologia.

SEPPÄ & TOLENNEN⁷² testaram a efetividade do verniz com flúor na ação preventiva contra as cáries, quando aplicado 2 ou 4 vezes ao ano. Foram analisadas 272 crianças de 9 a 13 anos de idade, divididas em 2 grupos, sendo que o primeiro recebeu aplicações a cada 6 meses e o segundo a cada 3 meses. Após avaliação pelos exames clínico e radiográfico (interproximal), os resultados demonstraram não haver diferenças significativas entre as 2 técnicas e que ambas apresentaram efetividade no que se referia a prevenção da cárie dentária.

SKARTVEIT et al⁷⁵ mediram a quantidade de flúor presente no esmalte e na dentina de dentes humanos, avaliando pré-molares com extração indicada e sujeitos a restaurações de amálgama com flúor (Fluor alloy) e cimento de ionômero de vidro (Fuji II F). Através de cortes histológicos e observação no microscópio eletrônico de varredura, os autores demonstraram que houve incorporação de flúor, tanto em esmalte como em dentina, em ambos os casos. No grupo onde foi utilizado cimento ionomérico, observaram concentrações de 1,2% a 3,8% de flúor na dentina. Já no grupo tratado com amálgama, os índices caíram para 0,6% a 0,9%. Os autores concluíram afirmando que os valores encontrados podiam ser considerados efetivos na prevenção de cáries secundárias e, nesse caso, o cimento de ionômero de vidro apresentou resultados significativamente mais positivos.

FORSTEN³³, na Finlândia, demonstrou os níveis de flúor nas restaurações com ionômero de vidro e outros materiais que continham flúor em sua composição. O estudo realizado in vitro

demonstrou que, após determinado tempo, todos os materiais apresentaram algum nível de flúor, porém o ionômero de vidro apresentou resultados muito mais satisfatórios.

PENDRYS & MORSE⁶⁰ procuraram descobrir como os profissionais de Connecticut e Massachusetts (EUA) indicavam o uso de suplementos de flúor em comunidades onde a água de abastecimento era fluoretada. Após avaliar os questionários utilizados na metodologia, os autores consideraram que a água fluoretada possuía grande capacidade de controlar a experiência de cárie e que, devido a isso, acreditavam ter sido elevado o número de profissionais que prescreviam suplementação. Informaram ainda que 79% das prescrições de uso sistêmico de flúor eram inadequadas.

SCOVILLE et al⁷¹ pesquisaram, em estudo in vitro, o nível de fluoreto no esmalte adjacente ao dente onde foi cimentada uma banda com ionômero de vidro para cimentação. O trabalho, realizado em 45 dentes hígidos extraídos por motivos ortodônticos, demonstrou que após um mes ocorria considerável aumento no teor de flúor do esmalte dos dentes vizinhos. Embora aos 2 meses após houvesse uma diminuição desse teor, os altos teores poderiam ser mantidos pelas terapias com flúor.

CRUZ & ROLLA²¹, em estudo desenvolvido na Noruega, observaram a formação de fluoreto de cálcio, apatita fluoretada e fluorapatita após aplicações de soluções de NaF a 0,05% e 0,02%. Para avaliação deste estudo realizado in vitro, os autores utilizaram microscopia eletrônica de varredura e relataram que a formação de fluorapatita é um processo extremamente lento e que hoje se considera mais importante a formação de fluoreto de cálcio. Em todas as combinações utilizadas os autores observaram significativa formação de fluoreto de cálcio, que aumentava quanto maior a frequência e a concentração. Os autores concluíram considerando a formação de fluoreto de cálcio altamente importante no processo de des-remineralização.

HOROWITZ⁴⁰ apresentou trabalho no Simpósio sobre uso apropriado de Fluoretos - Considerações para os anos 90, em Boston (EUA), objetivando demonstrar a situação atual do uso de fluoretos, como estava sendo indicado, que técnicas estavam sendo utilizadas e que cuidados vinham sendo tomados. Relatou que, embora alguns profissionais começassem a questionar a utilização do flúor em países desenvolvidos, a expectativa do uso do flúor nessa próxima década era que essa substância devia ter sua indicação mantida, respeitando-se as devidas recomendações e ponderações.

MELLBERG⁵² avaliou a eficácia dos dentifrícios fluoretados. Os resultados não demonstraram diferenças significativas entre os produtos analisados. Todos demonstraram ação anti-cárie, mas aqueles que possuíam agente anti-tártaro pareciam interferir na remineralização das lesões. O autor concluiu que os dentifrícios contendo flúor eram importante aliados no sistema de prevenção da saúde bucal.

GASPARINI et al³⁴ observaram a recidiva de cárie nas margens de restaurações com cimentos de ionômero de vidro e com pósitos. Através de exames clínicos e radiográficos os autores demonstraram que o aparecimento de cáries recorrentes nas margens das restaurações com ionômero foram muito raras e que, quando elas foram constatadas, verificou-se também sua inatividade. O mesmo não aconteceu com os compósitos. Os autores acreditaram que este fato estivesse diretamente relacionado à liberação de flúor pelo cimento ionomérico.

CURY²³ avaliou as formas de utilização dos fluoretos, considerando o auto-uso e seu uso profissional. O autor destacou o uso de dentifrícios com flúor como sendo a forma mais racional da utilização, uma vez que era a única que possibilitava ao mesmo tempo uma ação mecânica (pela escovação) e uma ação química (pelo flúor). O bochecho com flúor foi considerado um método promissor, atuando tanto de forma preventiva como terapêutica. Quanto ao uso

profissional o autor destacou a aplicação tópica de fluorfosfato acidulado e a aplicação de verniz fluoretado, os quais, deviam ter indicação de acordo com o risco e a atividade de cárie.

DUCKWORTH et al²⁸ realizaram estudo na Universidade de Glasgow (Escócia), demonstrando a quantidade de fluoreto na saliva humana, após o indivíduo enxaguar a boca depois da escovação com dentifrícios fluoretados. O trabalho mostrou que o hábito de enxaguar a boca após a escovação podia influir significativamente na retenção do flúor proveniente da escovação com dentifrícios.

TODESCAN & SIMA⁷⁸ analisaram o comportamento de pacientes frente aos usos e costumes no que se referia aos hábitos de higiene bucal. 843 questionários foram avaliados e seus dados tabulados. Demonstraram que o Cirurgião-Dentista era o principal responsável pelas tendências na escolha de diferentes métodos e produtos de higiene bucal, sem contudo ter consciência desse fato.

BANTING⁷ fez uma avaliação de 50 anos de utilização do flúor pela Odontologia e procurou projetar essa utilização para o futuro. Observando ratos e camundongos com o intuito de estudar o aparecimento de fluorose dentária, a possibilidade de ocorrência de câncer ou estabelecer a dose ideal, concluiu o autor que a terapia com flúor era bastante segura e benéfica quando acompanhada pelo profissional e indicada de acordo com a necessidade.

GERBERT et al³⁵, através de um questionário com 58 itens sobre amálgama e fluoretos, juntamente com estudantes da UCFS School of Dentistry (EUA), entrevistaram 2081 profissionais com o objetivo de mensurar o risco que aquelas substâncias proporcionavam. No que se referia ao uso de fluoretos, o autor con-

cluiu que, uma vez bem utilizada, essa substância não oferecia risco.

LEVY & ZAREI⁴⁹ demonstraram a diminuição da incidência de cárie em crianças no Estados Unidos e em outros países desenvolvidos que utilizavam o flúor na água de abastecimento e de outras formas. Pesquisaram, através de um questionário com 50 itens aplicado às mães das crianças, a utilização do flúor pela criança. Comprovaram que o uso de fluoretos diminuiu a incidência de cárie em grandes proporções nas crianças que usavam fluoroterapia. Os autores concluíram, estimulando o uso tópicos dos fluoretos.

GREMBOWSKI et al³⁶, na Universidade de Washington (EUA), demonstraram os efeitos dos fluoretos tópicos e sistêmicos sobre a cárie, em adultos moradores em diferentes localidades do estado de Washington (EUA). Moradores desse estado com 20 a 34 anos de idade, separados segundo existência ou não de fluoreto na água de abastecimento, foram avaliados. Os autores concluíram que os adultos que tiveram contato com o flúor mais cedo, demonstraram menor experiência de cárie dentária.

RIPA⁶⁸ estudou a aplicação tópica com flúor gel em moldeiras, suas indicações, recomendações e os cuidados necessários para sua utilização. O autor demonstrou que a frequência de aplicação que trouxe melhores resultados foi a de 6 em 6 meses para crianças com baixo risco e de 4 em 4 meses para crianças com alto risco de cárie. A profilaxia foi recomendada pelo autor e os cuidados foram destacados.

CAPÍTULO III

PROPOSIÇÃO

3. PROPOSIÇÃO

O presente trabalho foi realizado com o propósito de:

- Identificar o comportamento dos cirurgiões-dentistas de Curitiba, Paraná, em relação à indicação e utilização dos fluoretos em sua prática profissional.

CAPÍTULO IV

MATERIAIS E MÉTODOS

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. MATERIAL

Foram considerados para estudo, 159 cirurgiões-dentistas atuantes em Curitiba - Paraná.

Os profissionais foram escolhidos aleatoriamente, segundo listagem fornecida pelo Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO¹⁹) e posteriormente agrupados da seguinte forma:

GRUPO I : 71 clínicos gerais (Cirurgiões-Dentistas sem Pós-Graduação ou vínculo com Cursos de Odontologia de Instituições de Ensino Superior).

GRUPO II : 54 especialistas (Cirurgiões-Dentistas com Pós-Graduação mas sem vínculo com Cursos de Odontologia de Instituições de Ensino Superior).

GRUPO III : 34 professores (Cirurgiões-Dentistas com Pós-Graduação e vínculo com Cursos de Odontologia de Instituição de Ensino Superior).

4.8. MÉTODO

Para determinar o comportamento dos cirurgiões-dentistas foram realizadas entrevistas, tendo como elemento de apoio um questionário sobre indicações e uso do flúor na prática profissional (vide anexo 1). Esse questionário foi aplicado pelo autor, em horários previamente estabelecidos.

O método, antes de ser aplicado, foi validado por meio da apreciação de professores do Curso de Odontologia da Universidade

Federal de Santa Catarina e Cirurgiões-Dentistas atuantes em Florianópolis-SC

Os dados obtidos nas entrevistas foram apurados manualmente e serão apresentados de forma tabular, com frequências absoluta e relativa.

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados, por grupo, segundo sexo e idade. Observa-se que no Grupo I se destaca a alta porcentagem (64,8%) de entrevistados na faixa etária de 21 a 30 anos. Neste Grupo percebe-se equilíbrio entre os sexos. No Grupo II pode se verificar que 64,8% dividem-se entre as faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos. Verifica-se ainda no Grupo II leve predominância do sexo masculino. Já no Grupo III, chama atenção o grande número de entrevistados na faixa de 31 a 40 anos (47,1%), seguido pela faixa de 41 a 50 anos (26,4%). Pode ser observada uma alta prevalência do sexo masculino em todas as faixas deste Grupo.

A existência de um número maior de entrevistados nas faixas etárias mais baixas poderia ser justificada pelo fato de que os profissionais com mais idade terem, por muitas vezes, se negado a participar da pesquisa. A prevalência de indivíduos do sexo masculino, principalmente nas faixas etárias mais altas e nos Grupos II e III, reflete a realidade do momento em Curitiba.

A tabela 2 traz a distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados, por grupo, segundo o tempo de formados. Verifica-se que no Grupo I a maior parte dos entrevistados (46,5%) está formada há menos de 6 anos e apenas 8,5% estão formados há mais de 11 anos. No Grupo II o maior número encontra-se formado há mais de 16 anos (35,2%) e um número próximo (33,3%) está formado entre 6 e 10 anos. No grupo III pode-se notar que 76,4% possuem mais de 11 anos de formado, sendo que destes, a metade formou-se há mais de 16 anos.

Como era esperado, há um aumento em ordem crescente, do Grupo I ao Grupo III, quando se observa o tempo de formado.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O SEXO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA (Pr.), 1992.

GRUPO	I						II						III						TOTAL					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
21 1--1 30	23	32,4	23	32,4	46	64,8	9	16,5	10	18,5	19	31,5	4	11,7	2	5,8	6	17,6	36	22,6	35	22,0	71	44,6
31 1--1 40	8	11,2	8	11,2	16	22,5	10	18,5	8	14,8	18	33,3	9	26,4	7	20,5	16	47,1	27	17,0	23	14,4	50	31,4
41 1--1 50	2	2,8	1	1,4	3	4,2	7	13,0	2	4,8	9	16,6	8	23,5	1	2,9	9	26,4	17	10,7	4	2,5	21	13,2
51 1--	5	7,0	1	1,4	6	8,5	7	13,0	1	1,8	8	14,8	3	5,5	-	-	3	8,9	15	9,4	2	1,2	17	10,6
TOTAL	38	53,5	33	46,5	71	100,0	33	61,0	21	3,9	54	100,0	24	70,5	10	29,5	34	100,0	95	59,7	64	40,3	159	100,0

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O TEMPO DE FORMADOS. CURITIBA (Pr.) 1992.

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
0 1--1 5	33	46,5	5	9,8	2	5,8	40	25,1
6 1--1 10	21	29,5	17	33,3	6	17,6	44	27,6
11 1--1 15	6	8,5	14	27,4	13	38,2	33	20,7
16 1--	11	15,5	18	35,2	13	38,2	42	26,4
TOTAL	71	100,0	54	100,0	34	100,0	159	100,0

A tabela 3, demonstra a distribuição dos Grupos II e III, segundo a especialidade exercida. Verifica-se que no Grupo II predomina a especialidade de Odontopediatria (25,9%), seguida pela Prótese e Endodontia (18,5%). Quando se observa o grupo de professores entrevistados já se constata um número maior (20,5%) com mais de uma especialidade, seguido pelos Protésistas (14,7%) e pelos especialistas em Dentística (11,7%). Dentre aqueles que possuem outras especialidades destaca-se a especialidade de Radiologia. Observando-se o total, constata-se maior ocorrência das especialidades de Odontopediatria (19,3%), Endodontia (17,0%) e Dentística (13,6%), resultados que confirmam os dados do CRO¹⁹ do estado do Paraná, que demonstram serem exatamente estas as especialidades com maior número de registros.

A tabela 4 se refere à distribuição dos grupos de entrevistados, segundo a utilização dos fluoretos na prática profissional. Verifica-se que, de maneira uniforme, 95,0% dos profissionais entrevistados, independente do grupo, afirmaram utilizar fluoretos. Desta forma, de um total de 159 entrevistados, 152 afirmaram que se utilizam de fluoretos em sua prática odontológica.

O alto índice de afirmativas verificado encontra apoio em trabalhos já publicados e que demonstram o alto grau de uso dos fluoretos, bem como a popularidade dessas substâncias, consideradas inclusive como os materiais de uso odontológico mais conhecidos (BROWN¹¹, KOCH⁴⁴, RIPA⁶⁹).

A tabela 5 indica a razão pela qual os entrevistados, que afirmaram utilizar-se de fluoretos, o fazem. Verifica-se que a ação preventiva foi a razão mais citada nos três grupos. Chama a atenção também a citação da ação terapêutica no Grupo III (60,6%), onde a facilidade de uso e a relação custo-benefício também foram mais lembradas.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS COMPONENTES DOS GRUPOS II E III, SEGUNDO A ESPECIALIDADE. CURITIBA (Pr.), 1992.

ESPECIALIDADE	GRUPO II		GRUPO III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Odontopediatria	14	25,9	3	8,8	17	19,3
Prótese	10	18,5	5	14,7	15	9,0
Endodontia	10	18,5	2	5,8	12	17,0
Dentística	4	7,4	4	11,7	8	13,6
Odontologia Social e Preventiva	2	3,7	3	8,8	5	5,6
Periodontia	3	5,5	3	8,8	6	6,8
2 ou mais	6	1,1	7	20,5	13	14,7
Outras	5	9,2	7	20,5	12	13,6
TOTAL	54	100,0	34	100,0	88	100,0

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DO FLÚOR NA PRÁTICA PROFISSIONAL. CURITIBA (Pr.), 1992.

UTILIZAÇÃO	GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	68	95,8	51	94,5	33	97,0	152	95,5
NÃO	3	4,2	3	5,5	1	3,0	7	4,5
TOTAL	71	100,0	54	100,0	34	100,0	159	100,0

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO AS RAZÕES PELAS QUAIS UTILIZAM O FLÚOR. CURITIBA (Pr.), 1992.

RAZÃO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Ação Preventiva	67	98,5	50	98,0	31	94,0	148	97,3
Ação Terapêutica	19	30,0	17	33,3	20	60,6	56	36,8
Facilidade do Uso	11	16,0	7	13,7	9	27,2	27	17,7
Relação Custo-Benefício	5	7,3	9	17,6	9	27,2	23	15,1
Outros	2	3,0	5	9,8	2	6,0	9	6,0

Nos últimos anos, em decorrência de estudos mais avançados, muitos autores têm demonstrado que além do conhecido efeito preventivo, os fluoretos apresentam efetiva ação terapêutica, principalmente atuando no processo de des-remineralização (CRUZ & ROLLA²¹). Os dados encontrados indicam que grande parte dos entrevistados dos Grupos I e II desconsiderou essa ação terapêutica, o que pode indicar desatualização ou desconhecimento. Embora o Grupo III tenha citado a ação terapêutica com maior prevalência (60,6%), esta porcentagem pode ser considerada baixa, uma vez que esse grupo é formado por professores, supostamente mais atualizados. É interessante observar que no Grupo II a citação sobre a ação terapêutica dos fluoretos foi muito semelhante à do Grupo I. Este fato pode ser justificado pelo fato de que algumas especialidades não desenvolvem conteúdos onde se estudam as ações do flúor, como a Endodontia e que esses novos conceitos são recentes, não aplicados à época em que integrantes do Grupo II realizaram sua pós-graduação. Porém, poder-se-ia alegar, em contraposição, a existência de inúmeros cursos de atualização, simpósios, conferência, palestras e congressos, oferecidos várias vezes durante esses últimos anos. Da mesma forma, os dados que hoje explicam a ação dos fluoretos são frequentemente apresentados em publicações científicas (ADA¹; RIPA⁶⁹).

A tabela 6 informa de que maneira os profissionais entrevistados afirmaram usar costumeiramente os fluoretos em sua atividade profissional. Verifica-se que a suplementação sistêmica foi citada por apenas 3,7% dos entrevistados, fato que demonstra que muitos profissionais não prescrevem nem indicam este método. O mesmo acontece com a utilização de selante com flúor, que no Grupo II sequer foi citado e que no total, teve apenas 2,5% das citações. Surpreende a citação dada ao uso de cimentos com flúor, uma vez que somente 4,4% dos entrevistados citaram seu uso. Considerando que hoje os cimentos de ionômero de vidro vem sendo am-

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FORMA DE UTILIZAÇÃO DO FLÚOR. CURITIBA (Pr.), 1992.

FORMA	GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Suplementação Sistêmica	3	4,4	2	3,9	1	3,0	6	3,7
Aplicação Tópica	51	75,0	39	76,4	17	51,5	107	67,2
Prescrição de Bochechos	39	57,3	34	66,6	17	51,5	90	56,6
Recomendação de Dentífricos	28	41,1	15	29,4	10	30,3	53	33,3
Utilização de Cimentos com flúor	5	7,3	2	3,9	—	—	7	4,4
Aplicação de Selantes com Flúor	3	4,4	—	—	1	3,0	4	2,5
Terapia Múltipla com Flúor	11	16,1	5	9,8	11	33,3	27	17,0
Não Sabe	—	—	—	—	—	—	—	—
Outros	3	4,4	3	5,8	5	15,1	11	7,0

plamente divulgados e utilizados, acredita-se que os profissionais entrevistados não relacionaram a indicação do cimento com a ação do flúor (SCOVILLE et al¹⁷¹, COOLEY²⁰). A aplicação tópica foi a forma mais citada (67,2%), confirmando-se ser esta técnica a mais divulgada e consagrada e que frequentemente é utilizada como rotina e, portanto, muitas vezes indicada de forma indevida (RIPA⁶⁹). Dentro deste contexto, o grupo de professores parece demonstrar mais cautela, com (51,5%) de citações. A tabela mostra que a segunda forma costumeiramente mais utilizada foi a prescrição de bochechos com flúor, sendo citada por (56,6%) dos entrevistados. O maior percentual de indicação de bochechos foi no Grupo II, talvez relacionado às especialidades de Odontopediatria, Prótese, Ortodontia e Periodontia. Destaca-se a desconsideração dada à indicação de dentifrícios fluoretados (33,3%), uma vez que esta é uma das formas mais divulgadas de utilização do flúor e aquela que é mais conhecida pelos pacientes. Talvez o fato de que hoje praticamente todos os dentifrícios nacionais apresentam fluoretos, em sua composição, tenha influenciado nessa questão (CURY²⁴). Considerando a relação entre os grupos, verifica-se que os clínicos-gerais e os especialistas indicaram como mais utilizadas a aplicação tópica de flúor, a prescrição de bochechos e a recomendação de dentifrícios. Já no grupo de professores, foram citadas igualmente a aplicação tópica e a prescrição de bochechos (51,5%), seguidas da terapia múltipla com fluoretos (33,3%).

A tabela 7 indica a forma de utilização de flúor que os profissionais consideraram mais eficiente. Observa-se que no Grupo I mais da metade dos entrevistados (53,0%) considerou a aplicação tópica de flúor como a maneira mais eficiente de se utilizar essa substância. Ainda neste grupo, os bochechos foram citados por 36,7% e a suplementação sistêmica por 10,2% dos cirurgiões-dentistas. O Grupo II já demonstrou um decréscimo das

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FORMA DE UTILIZAÇÃO DO FLÚOR QUE CONSIDERAM MAIS EFICIENTE. CURITIBA (Pr.), 1992.

FORMA	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Suplementação Sistêmica	7	10,2	2	4,0	3	9,0	12	7,5
Aplicação Tópica	36	53,0	25	49,0	12	36,3	73	46,0
Bochechos	25	36,7	18	35,2	8	24,2	51	32,0
Dentifrícios	4	5,8	6	11,7	—	—	10	6,2
Cimentos com Flúor	—	—	2	4,0	—	—	2	1,2
Selantes com Flúor	—	—	1	1,9	—	—	1	0,6
Terapia Múltipla com Flúor	3	4,4	5	9,8	8	24,2	16	10,0
Não Sabe	—	—	—	—	1	3,0	1	0,6
Outros	3	4,4	4	7,8	1	3,0	8	5,0

citações para aplicação tópica de flúor, que ainda permaneceu como a mais citada (49,0%). A prescrição de bochechos foi citada com percentuais semelhantes ao Grupo I (35,2%). Neste grupo, diferentemente do Grupo I, a terceira forma mais apontada foi a recomendação de dentifrícios (11,7%). O Grupo III apresentou maior variação nas porcentagens encontradas. A aplicação tópica continuou sendo considerada a mais efetiva, porém, com percentual bem menor que nos Grupos I e II, uma vez que atingiu 36,3%. A prescrição de bochechos e a indicação de terapia múltipla obtiveram percentuais exatamente iguais (24,2%).

Estudos realizados têm mostrado comparações de diversas formas de utilização de fluoretos. Hoje já não se contesta a efetividade dos fluoretos na Odontologia. Entretanto, a tendência atual é a valorização de ação tópica do flúor, seja através de gel, soluções ou até mesmo pela água fluoretada (CURI²⁴, MURRAY et al⁵⁴, LEVY & ZAREI⁴⁹, KOLEHMAINEN⁴⁵). É possível verificar que, de acordo com os dados apresentados na tabela 7, com exceção da aplicação tópica e da prescrição de bochechos, as demais formas de utilização de fluoretos parecem ser pouco conhecidas pelos profissionais.

A tabela 8 demonstra com que frequência os profissionais afirmaram utilizar fluoretos na sua prática odontológica. É possível observar que no Grupo I 44,1% admitiram que se utilizam do flúor frequentemente, 30,8% o utilizam sempre e 19,1% em casos selecionados. No Grupo II, a maior parte dos entrevistados afirmou usar sempre o flúor (58,8%), 21,5% o fazem em casos selecionados e 11,7% o utilizam frequentemente. As respostas dos integrantes do Grupo III foram semelhantes às do Grupo I e diferentes das do Grupo II, uma vez que 57,5% disseram que usam sempre o flúor, 33,3% o fazem frequentemente e 12,2% em casos selecionados. Verifica-se novamente a alta indicação dos fluoretos, principalmente no grupo III onde mais de 90% dos entrevistados utili-

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FREQUENCIA DE UTILIZAÇÃO DO FLÔR. CURITIBA (Pr.), 1992.

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Sempre	21	30,8	30	58,8	19	57,5	70	46,0
Frequentemente	30	44,1	6	11,7	10	33,3	46	30,2
Em casos seleccionados	13	19,1	11	21,5	4	12,2	28	18,4
Raramente	3	4,4	2	3,9	—	—	5	3,2
Outros	1	1,4	2	3,9	—	—	3	1,9
Total	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

zam sempre ou frequentemente o flúor. É oportuno destacar que em muitos países onde a utilização de fluoretos foi incentivada no passado, alguns excessos ocorrem e hoje são bastante condenados pela literatura. DAWES²⁵ afirmou que nos países desenvolvidos onde foi instituída a fluoretação das águas e existiam dentifrícios fluoretados no mercado há muito tempo, a realidade mostrava preocupantes casos de flúorose dentária. NEWBRUN⁵⁶ defendeu que a indicação e a utilização dos fluoretos fossem feitas com muito rigor. Em países onde ainda se verificam altos índices de cárie dentária e doença periodontal os fluoretos têm sua utilização bastante indicada, mas, como afirmou ANDO³ é necessário um rígido controle de sua utilização, bem como domínio de seu metabolismo pelo profissional.

A tabela 9 demonstra quais fatores são considerados pelos profissionais antes da indicação de fluoretos. Pode-se notar que no Grupo I, risco ou atividade de cárie foram fatores considerados por 89,7% dos entrevistados e que 44,1% consideraram também a idade. Há uma queda das citações quanto ao fator risco ou atividades de cárie nos Grupos II e III, bem como uma leve queda para o fator idade. Quando se observam as respostas dos Grupos II e III, verifica-se que existem poucas diferenças no que se refere aos fatores mais citados. O Grupo III, porém, apresenta um aumento do destaque na citação sobre a água de abastecimento. Em relação ao geral, destaca-se em todos os grupos o fator risco ou atividade de cárie como fator mais lembrado. Da mesma forma, vale ressaltar a desconsideração quanto aos outros fatores, uma vez que a utilização e indicação do uso de fluoretos deve, sempre, observar diversos aspectos, para que não se tenha uma dose insuficiente nem excessiva (HOROWITZ⁴⁰).

A tabela 10 mostra para quem os cirurgiões-dentistas costumam indicar os fluoretos. As crianças foram mais lembradas

como sujeito da indicação dos fluoretos, sendo citadas por 90,7% dos entrevistados. Os adolescentes também foram bastante citados (82,8%) em todos os grupos. Já os adultos obtiveram citação bem menor (67,1%) e apresentaram grande variação entre os grupos. Quando se avalia a variação entre grupos, destaca-se a baixa indicação para adolescentes no Grupo I e para adultos no Grupo II. O Grupo III, como é possível observar, apresentou indicação próxima de 90% em todos os casos.

A utilização de fluoretos sempre esteve relacionada à Odontologia Social e Preventiva e, conseqüentemente, à Odontopediatria. Quando se examinam os conteúdos curriculares de anos atrás, verifica-se que somente a Odontologia Preventiva e, principalmente, a Odontopediatria preocupavam-se em discutir o uso do flúor. Nos últimos anos multiplicaram-se estudos que demonstraram a eficácia dos fluoretos, não só em crianças e adolescentes, como também em adultos (BROWN & KONIG¹², GREMBOWSKI et al³⁶).

A tabela 11 mostra a opinião dos cirurgiões-dentistas entrevistados quanto à eficácia dos fluoretos introduzidos no sistema público de água de abastecimento. Observa-se que o método foi considerado eficaz por 75,6% dos entrevistados e pouco eficaz por 13,9. Comparando-se as opiniões dos grupos é possível verificar que o que mais considerou como eficaz a ação do flúor na água de abastecimento foi o Grupo II, com 84,2% de citações. Observa-se também que dentre aqueles que não opinaram, 1,5% estão no Grupo I, 5,9% no Grupo II e 9,1% no Grupo III. Este aumento crescente poderia ser justificado pelo fato de que alguns autores, como CURY²³ e STEPHEN⁷⁶ consideram que muitas vezes a forma sistêmica de utilização do flúor poderia ser dispensada, desde que houvesse compensação com o uso tópico. Por outro lado, o alto índice de aceitação desta forma encontra apoio em inúmeros trabalhos que demonstraram elevados índices de redução da cárie dentária da população, nos países onde foi realizada a fluoretação das águas (MANJI & FEJERSKOV⁵⁰).

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A OPINIÃO SOBRE A AÇÃO DO FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO. CURITIBA (Pr.), 1992.

GRUPO OPINIÃO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Método Eficaz	51	75,0	43	84,2	21	63,6	115	75,6
Método Pouco Eficaz	13	19,0	2	4,0	6	18,1	21	13,9
Método Ineficaz	1	1,5	—	—	1	3,1	2	1,3
Prejudicial	1	1,5	—	—	—	—	1	0,6
Outros	1	1,5	3	5,9	2	6,1	6	4,0
Não Opinou	1	1,5	3	5,9	3	9,1	7	4,6
Total	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

A tabela 12 revela o conhecimento dos profissionais entrevistados em relação à presença ou não de flúor na água de abastecimento de Curitiba. Ao observar os dados obtidos percebe-se que quase a totalidade dos profissionais entrevistados sabe da existência de flúor na água de abastecimento de Curitiba. No entanto, vale ressaltar que ainda existem profissionais que desconhecem esse fato (2,6%) e, o que é ainda mais surpreendente, há quem afirme que não existe água fluoretada na cidade (0,6%).

A tabela 13 demonstra o conhecimento, por parte dos entrevistados que afirmaram a existência de flúor em Curitiba, quanto à concentração da substância presente nessa água. Nota-se que 58,5% dos entrevistados afirmaram não saber a concentração de flúor presente na água de Curitiba. 28,5% citaram que o teor de flúor existente está entre os níveis 0,8 e 1,0 ppm. Quando são verificadas as diferenças entre os grupos, é possível observar que no Grupo I 65,6% afirmaram não saber a concentração. Esse valor no Grupo II cai para 58,0% e no Grupo III para 45,5%. Sabendo-se que o teor de flúor existente na rede de água que serve Curitiba situa-se em torno de 0,8 a 1,0 ppm, observa-se que no Grupo I apenas 17,2% citaram esses valores. O Grupo II, com 30,0% e mesmo o Grupo III, com 48,5%, também demonstraram baixos percentuais de acerto. Verifica-se, inclusive, que apenas no Grupo III as citações corretas superam àquelas que afirmaram não saber a concentração. Quando se comparam esses dados com os obtidos na tabela 12, onde 96,8% afirmaram saber da existência de flúor na água de abastecimento de Curitiba, deve-se citar as conclusões de PENDRYS & MORSE⁶⁰, onde os autores deixaram claro que não basta saber se a água é ou não fluoretada, mas conhecer o tipo de flúor existente, bem como sua concentração.

A tabela 14 revela a opinião dos cirurgiões-dentistas entrevistados sobre a suplementação sistêmica com flúor. Verifi-

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO DE CURITIBA (Pr.). 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
CONHECIMENTO								
SIM	64	94,0	50	98,0	33	100,0	147	96,8
NÃO	1	1,5	—	—	—	—	1	0,6
NÃO SABE	3	4,5	1	2,0	—	—	4	2,6
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O CONHECIMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO DE CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO CONCENTRAÇÃO (EM PPM)	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
0 — 0,5	1	1,5	1	2,0	—	—	2	1,5
0,5 — 0,7	6	9,3	5	10,0	—	—	11	7,5
0,8 — 1,0	11	17,2	15	30,0	16	48,5	42	28,5
1,1 —	2	3,2	—	—	1	3,0	3	2,0
Outros	2	3,2	—	—	1	3,0	3	2,0
Não Sabe	42	65,6	29	58,0	15	45,5	86	58,5
TOTAL	64	100,0	50	100,0	33	100,00	147	100,0

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A OPINIÃO SOBRE A SUPLEMENTAÇÃO SISTÊMICA COM FLÚOR. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO OPINIÃO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Eficaz	33	48,5	27	53,0	15	45,5	75	49,3
Pouco eficaz	8	11,8	7	13,7	4	12,0	19	12,5
Ineficaz	4	5,9	6	11,7	3	9,0	13	8,5
Prejudicial	1	1,5	—	—	1	3,0	2	1,3
S/Opinião	17	25,0	8	15,6	7	24,5	32	21,0
Outros	5	7,3	3	6,0	3	9,0	11	7,4
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

ca-se que 49,3% dos entrevistados consideraram a suplementação sistêmica um método eficaz, 21,0% não emitiram opinião e 12,5% a consideraram pouco eficaz. Quando se observam as diferenças entre os grupos, percebe-se que o Grupo II é o mais irregular, uma vez que dele se obtém a maior citação de eficaz (53,0%) e de ineficaz (11,7%). Credita-se esses dados às diferentes especialidades existentes nesse grupo. O razoável número de profissionais que não emitiram opinião pode estar relacionado ao fato de que, dentre as formas de utilização de fluoretos, talvez seja a suplementação a mais polêmica. Enquanto nos países mais avançados seu uso começa a ser questionado, paralelamente estudos têm mostrado vantagens da ação tópica (KOCH⁴⁴, WHITFORD et al⁸², KONIG⁴⁶).

A tabela 15 mostra o posicionamento dos entrevistados segundo a indicação da suplementação sistêmica com fluoretos. Através desta tabela observa-se que 23,7% afirmaram indicar suplementação sistêmica, contra 76,3% que não a indicam. O Grupo II apresentou o percentual mais alto de indicação (31,3%) e o Grupo III o mais baixo (18,1%). Mais uma vez verifica-se que o grupo de professores parece ser mais criterioso para com a indicação dos fluoretos. A suplementação sistêmica está indicada para os casos onde não é possível um contato ideal da população com outras formas de usar fluoretos ou em alguns casos onde se constata um paciente de alto risco ou de difícil intervenção. Quando se compararam os dados da tabela 15 com os dados da tabela 6, onde 3,7% afirmaram usar costumeiramente a suplementação sistêmica, pode-se verificar que dos 23,7% obtidos na tabela 6, somente uma pequena parcela indica com frequência a suplementação endógena. Os profissionais que afirmaram fazer uso da suplementação sistêmica, quando indagados sobre a forma pela qual costumam prescrever este método, demonstraram não fazê-lo da maneira como é estabelecido pela literatura (Anexo 2). O fato observado no presente estudo demonstrou um percentual de erro mais alto que aquele encontrado por FENDRYS & MORSE⁶⁰ que demonstraram 79% de prescrições inadequadas.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A INDICAÇÃO DE SUPLEMENTAÇÃO SISTÊMICA DE FLUÓR. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indica	14	20,5	16	31,3	6	18,1	36	23,7
Não Indica	54	79,5	35	68,7	27	81,9	116	76,3
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

A tabela 16 mostra a distribuição das opiniões dos entrevistados sobre a ação dos dentifrícios fluoretados. Percebe-se que 76,3% dos entrevistados consideraram como eficaz a ação dos dentifrícios com flúor e 13,2% demonstraram não acreditar nesta efetividade. No que se refere às citações daqueles que afirmaram a eficácia dos dentifrícios, é possível observar que não houve diferenças marcantes entre os grupos.

A literatura especializada é bastante rica em estudos que demonstram a efetividade dos dentifrícios fluoretados. MELLBERG⁵² e RIPA⁶⁶ demonstraram tal efetividade em diversos trabalhos com dentifrícios e CURY²⁴ afirmou que os dentifrícios fluoretados deveriam ser considerados como a mais eficaz maneira de se prevenir a cárie dentária. Considerando essas observações, era de se esperar um maior número de Cirurgiões-Dentistas cientes da eficácia dos dentifrícios com flúor.

A tabela 17 apresenta o posicionamento dos entrevistados segundo a recomendação de dentifrícios fluoretados. Verifica-se que 93,5% dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados afirmaram recomendar o uso de dentifrícios com flúor. É interessante notar que 6,5% não indicam tal produto e, quando se comparam esses dados com os dados da Tabela 16, é possível afirmar que alguns profissionais que não consideram eficaz o uso de dentifrícios com flúor o indicam. Comparando-se os dados da Tabela 17 com os da tabela 6 observa-se que nesta última, apenas 33,3% dos profissionais citaram indicar costumeiramente dentifrícios com flúor. Acredita-se, portanto, que dos 93,5% que afirmaram utilizar flúor na Tabela 17, provavelmente apenas parte destes em verdade o fazem. Este dado difere dos encontrados por ERICSSON³⁰.

A Tabela 18 mostra a distribuição dos grupos segundo a frequência de recomendação de dentifrícios fluoretados. Outra

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPOS, SEGUNDO OPINIÃO SOBRE A AÇÃO DOS DENTÍFRÍCIOS FLUORETADOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Eficaz	51	75,0	39	76,5	26	78,0	116	76,3
Pouco Eficaz	11	16,0	7	13,6	2	6,0	20	13,2
Ineficaz	3	4,5	2	4,0	2	6,0	7	4,6
Prejudicial	—	—	—	—	—	—	—	—
Outros	1	1,5	—	—	1	3,0	2	1,3
Não Opinou	2	3,0	3	5,9	2	6,0	7	4,6
Total	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A INDICAÇÃO DE DENTIFRÍCIOS FLUORETADOS. CURITIBA (Pr.), 1992.

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
SIM	65	95,5	47	92,2	30	91,0	142	93,5
NÃO	3	4,5	4	7,8	3	9,0	10	6,5
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FREQUENCIA DE RECOMENDAÇÃO DE DENTIFRÍCIOS FLUORETADOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Sempre	47	72,3	38	80,8	18	60,0	103	72,5
Frequentemente	12	18,5	6	12,8	7	23,4	25	17,6
Raramente	1	1,5	--	--	3	10,0	4	2,9
Em casos Seleccionados	5	7,7	3	6,4	2	6,6	10	7,0
TOTAL	65	100,0	47	100,0	30	100,0	142	100,0

vez é possível verificar dados conflitantes entre esta Tabela e a Tabela 6. Mesmo considerando-se que, no caso da Tabela 18 a pergunta foi realizada de forma direta, é permitido constatar que muitos profissionais entre os 72,5% que afirmaram recomendar o uso de dentifrícios com flúor, na realidade não o fazem. Destacam-se nesta Tabela, as diferenças de comportamento entre os grupos. Novamente o menor percentual daqueles que afirmaram sempre indicar dentifrícios está no Grupo III, enquanto o maior percentual aparece no Grupo II. Estes fatos podem sugerir que os Professores mostraram-se mais criteriosos. De acordo com as respostas obtidas nas Tabelas 17 e 18, supõem-se que muitos dos entrevistados desconhecem o fato de que hoje praticamente todos os dentifrícios nacionais possuem flúor em sua composição, fato que encontra apoio nas conclusões de OLIVEIRA⁵⁸.

A Tabela 19 revela o tipo de paciente que recebe recomendação para uso de dentifrício fluoretado. Os dados obtidos permitem constatar que a indicação é feita às crianças por 86,6% dos entrevistados, índice próximo ao encontrado para o grupo de adolescentes (83,0%). Já os adultos receberam menor indicação (74,6%) por parte dos entrevistados. Ressalta-se aqueles que consideram a questão da ingestão do dentifrícios. HOROWITZ⁴⁰, GUEDES-PINTO³⁷ e MARTHALER⁵¹ lembraram da importância de se evitar a deglutição dos dentifrícios fluoretados por parte de pacientes de pouca idade ou em situações especiais. A citação de 14,7% dada às crianças que não ingerem, pode sugerir que somente esse total de profissionais se preocupa com essa questão. O fato é ainda mais sugestivo quando se comparam os grupos. Vê-se que o grupo de professores parece estar mais atento, porém nos grupos de especialistas e, principalmente, de clínicos-gerais poucos têm essa preocupação.

A Tabela 20 apresenta a opinião dos entrevistados a respeito dos bochechos com soluções fluoretadas. Como ocorre

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O SUJEITO DA INDICAÇÃO DE DENTIFRÍCIOS FLUORETADOS. CURITIBA (Pr.), 1992.

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Crianças	54	83,0	42	89,3	17	56,6	123	86,6
Crianças que não Ingerem	3	4,6	6	12,7	12	40,0	21	14,7
Adolescentes	52	80,0	40	85,1	26	86,6	118	83,0
Adultos	49	75,3	32	68,0	25	83,3	106	74,6

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A OPINIÃO SOBRE A AÇÃO DOS BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eficaz	52	76,5	43	84,3	29	88,0	124	81,5
Pouco Eficaz	11	16,1	6	11,7	3	9,0	20	13,2
Ineficaz	—	—	2	4,0	1	3,0	3	2,0
Prejudicial	—	—	—	—	—	—	—	—
Outros	—	—	—	—	—	—	—	—
Não Opinou	5	7,4	—	—	—	—	5	5,0
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

quando indagados diretamente sobre a eficácia de métodos de utilização de flúor (Tabela 7), os entrevistados mostraram-se positivos quanto à eficácia dos bochechos. Nota-se, quando se avaliam os dados da Tabela 20 e os dados da Tabela 16, que demonstra a opinião sobre os dentifrícios, que o comportamento nos grupos foi semelhante e, repetindo-se os dados da Tabela 7, os bochechos foram considerados mais eficazes que os dentifrícios, em todos os grupos.

Estudos realizados por diversos pesquisadores, como STEPHEN⁷⁶ e LE COMPTE & DOYLE⁴⁷, revelam a efetividade do uso de diversas formas de fluoretos, entre elas dando destaque aos bochechos com soluções fluoretadas, que são bastante eficientes quando se necessita uma terapia múltipla com flúor.

A Tabela 21 mostra a posição dos entrevistados quanto à recomendação de bochechos com soluções fluoretadas aos seus pacientes. Verifica-se que 90,1% dos entrevistados afirmaram recomendar ou indicar "bochechos com flúor". A comparação entre os grupos permite observar que os valores são crescentes do Grupo I ao Grupo III, quanto à indicação de bochechos. Portanto, o grupo de Professores indica bochechos a um maior número de pacientes quando comparado aos especialistas que, por sua vez, indicam mais que os clínicos-gerais.

A recomendação de bochechos tem aumentado nesses últimos anos. VIEGAS⁸⁰ já sugeria sua incrementação junto aos programas implantados pela Odontologia Social. Em muitos países, campanhas desenvolvidas pelos governos, Universidades, Associações de Odontologia e pelos próprios fabricantes comerciais, divulgaram tanto o uso de bochechos que hoje tem sido sugerido um maior controle (KALSBECK & VERRIPS⁴², MELLBERG & RIPA⁵³, PINTO⁶²).

A Tabela 22 revela a distribuição dos grupos segundo a frequência de indicação de bochechos com soluções fluoretadas. Nota-se que 42,7% afirmaram sempre indicar bochechos com soluções

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A INDICAÇÃO DE BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO RECOMENDA	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
SIM	59	86,8	46	90,2	32	97,0	137	98,1
NÃO	9	13,2	5	9,8	1	3,0	15	9,9
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FREQUENCIA DE INDICAÇÃO DE BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO FREQUENCIA	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Sempre	24	40,7	22	49,0	12	37,5	58	42,7
Frequentemente	14	23,7	11	24,5	10	31,2	35	25,7
Raramente	5	8,5	1	2,0	2	6,3	8	5,9
Em casos Selecionados	16	27,1	11	24,5	8	25,0	35	25,7
TOTAL	59	100,0	45	100,0	32	100,0	136	100,0

fluoretadas, 25,7% afirmaram indicar frequentemente e o mesmo número indica somente em casos selecionados. Quando se comparam esses dados com aqueles obtidos na Tabela 18, onde verifica-se que a indicação de dentifrícios "sempre" e "frequentemente" foi bastante elevada, nota-se que a indicação de bochechos foi bem menor. Entretanto, ao observar-se a Tabela 6, vê-se que nesta a indicação de bochechos foi maior que a de dentifrícios. Acredita-se que os dados foram conflitantes devido ao fato de que, quando interrogados pela primeira vez, muitos profissionais não associaram o uso de dentifrícios fluoretados com utilização de flúor e, quando interrogados diretamente, a associação foi evidente. A entrevista também possibilitou observar que muitas respostas fornecidas pelos profissionais não demonstraram a realidade de sua prática profissional.

A Tabela 23 demonstra o tipo de paciente que recebe indicação de bochechos com soluções fluoretadas. Verifica-se que, como ocorreu com os dentifrícios fluoretados, houve preferência à indicação para crianças (63,2%) e adolescentes (75,7%), sendo que os adultos obtiveram 58,0% das citações. Quando se compara com a indicação de dentifrícios, é possível notar que para todos os tipos de pacientes a indicação de bochechos foi menor. Observa-se porém, que as citações para crianças que não ingerem foi maior, fato que sugere um maior cuidado com o uso de bochechos, ainda que o índice geral observado (28,0%) revele pouca atenção para essa questão. São observadas diferenças entre os grupos. A tabela mostra uma citação maior para crianças que não ingerem, nos Grupos II (33,3%) e III (40,6%). Observa-se também que a indicação para adultos foi bem maior entre os integrantes do Grupo III (71,1%). Essas diferenças só vêm confirmar o fato de que o grupo de professores é mais consciente.

A Tabela 24 revela o modo como os profissionais entrevistados prescrevem solução fluoretada para bochechos a seus

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O SUJEITO DA INDICAÇÃO DE BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO SUJEITO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Crianças	42	71,2	28	62,2	16	50,0	86	63,2
Crianças que não Ingerem	10	17,0	15	33,3	13	40,6	38	28,0
Adolescentes	43	72,8	35	77,7	25	78,1	103	75,7
Adultos	35	59,3	21	46,6	23	71,1	79	58,0

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O MODO DE PRESCRIÇÃO DE SOLUÇÕES FLUORETADAS PARA BOCHECHOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO MODO DE PRESCRIÇÃO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
A	7	11,8	9	20,0	9	28,1	25	18,7
B	—	—	1	2,2	—	—	1	0,7
C	1	1,7	4	8,9	9	28,1	14	10,3
D	19	32,2	10	22,2	1	3,1	30	22,0
E	8	13,5	9	20,0	2	6,3	19	14,0
F	10	17,0	6	13,3	4	12,5	20	14,7
G	4	6,8	2	4,5	3	9,4	9	6,6
H	10	17,0	4	8,9	4	12,5	18	13,3
TOTAL	59	100,0	45	100,0	32	100,0	136	100,0

LEGENDA

A - Solução de NaF a 0,05% conforme recomenda Literatura
 B - Solução de NaF a 0,2% conforme a recomenda a Literatura
 C - Citaram A ou B
 D - Prescrição de A ou B de forma incompleta

E - Prescrição Incompleta
 F - Citou Produto Comercial
 G - Manda para Farmácia de manipulação
 H - Outros

pacientes. Os dados observados nesta Tabela confirmam as suspeitas já discutidas de que muitos profissionais que afirmam realizar determinado procedimento com frequência, na realidade não o fazem e alguns que realizam o estão fazendo de maneira não comum. É possível verificar que no grupo de professores houve maior coerência com respeito às prescrições. Entretanto, observa-se que muitos clínicos gerais e especialistas prescrevem de forma inadequada. Embora muito se discuta a respeito desta ou daquela forma de utilização de flúor pela Odontologia, principalmente para crianças, verifica-se que os dados da Tabela 24 demonstram falta de informação quanto ao uso de bochechos com soluções fluoretadas, fato também constatado por PENDRYS & MORSE⁶⁰. Além de prescrições com frequência, concentrações e tipo de fluoretos inadequados, destaca-se na tabela o bom número de profissionais que só indicaram o nome comercial do produto. Este fato pode sugerir falta de conhecimento ou, no mínimo, acomodação do profissional, uma vez que indica a mesma terapia e produto a todos os seus pacientes.

Os dados aqui apresentados tendem a reforçar impressões deixadas pelos entrevistados quando indagados a respeito da forma como realizam a suplementação sistêmica (Anexo 2). Ainda em grau mais elevado, houve inúmeras prescrições inadequadas.

A Tabela 25 mostra a distribuição das opiniões sobre a aplicação tópica de flúor realizada no consultório. Confirmando os itens já apresentados, os dados da Tabela 25 revelam que a grande preferência de utilização de fluoretos é mesmo através das aplicações tópicas, uma vez que 93,5% consideram o método eficaz e 4,6% pouco eficaz. Sem dúvida, a aplicação tópica de flúor tornou-se um procedimento quase que obrigatório, principalmente pelos Odontopediatras. Não se nega a efetividade desse método, embora haja quem o ache ineficaz. Esse método tornou-se popular na década de 40 nos EUA e desde então vem sendo utilizado de variadas formas e com diversos produtos. A mais comum, utilizando Flúor Fosfato Acidulado foi apresentada por BRUDEVOLD et al¹³ e é

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A OPINIÃO SOBRE A APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUORETOS. CURITIBA (Pr.), 1992

OPINIÃO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Eficaz	62	91,0	51	100,0	29	87,9	142	93,5
Pouco Eficaz	4	6,0	—	—	3	9,1	7	4,6
Ineficaz	1	1,5	—	—	—	—	1	0,6
Prejudicial	—	—	—	—	—	—	—	—
Sem opinião	1	1,5	—	—	1	3,0	2	1,3
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

a mais consagrada no Brasil. HOROWITZ & HEIFETZ⁴¹ relataram um estudo demonstrando reduções no índice de cárie em torno de 41%. Diversos outros estudos resultaram demonstrando ser a aplicação tópica de flúor um dos maiores aliados no combate e controle da cárie dentária (THYLSTRUP & FEJERSKOV⁷²). Desta forma, os dados encontrados nesta tabela vêm ao encontro das expectativas e o comportamento entre os grupos revela, mais uma vez, que o grupo de professores é sempre menos radical ou, algumas vezes, evita omitir opiniões.

A Tabela 26 informa o posicionamento dos entrevistados quanto à realização da aplicação tópica de flúor em seus pacientes. Reafirmando os dados já apresentados, verifica-se que praticamente todos os Cirurgiões-Dentistas entrevistados realizam aplicação tópica em seus consultórios (98,7%). Vale destacar que esse procedimento pode, muitas vezes, estar sendo realizado de maneira indiscriminada, uma vez que muitos pacientes não necessitam de aplicações tópicas. Outra curiosidade encontrada durante a pesquisa foi o fato de que alguns profissionais realizam normalmente aplicação tópica de flúor por ser um procedimento "simples e rentável".

A Tabela 27 distribui os dentistas que fazem aplicação tópica de flúor, de acordo com a frequência de indicações. Verifica-se que 44,0% sempre fazem aplicações tópicas de flúor e 32,0% o fazem frequentemente. É possível observar que apenas 21,3% consideraram a questão da individualidade e indicam somente em casos selecionados. Observando-se a variação entre os grupos vê-se que os professores posicionaram-se entre os especialistas, que utilizam com maior frequência e os clínicos gerais, que utilizam com menor frequência. É possível que a indicação mais frequente pelo Grupo II se deva à presença de bom número de Odontopediatras que, normalmente utilizam fluoretos com mais intensidade.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DE APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLUORETOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
SIM	67	98,5	51	100,0	32	97,0	150	98,7
NÃO	1	1,5	—	—	1	3,0	2	1,3
TOTAL	68	100,0	51	100,0	33	100,0	152	100,0

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO A FREQUENCIA DE UTILIZAÇÃO DE APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLUORETOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO FREQUENCIA	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Sempre	23	34,3	29	56,9	14	43,8	66	44,0
Frequentemente	26	39,0	13	25,5	9	28,1	48	32,0
Raramente	2	3,0	—	—	2	6,3	4	2,7
Em casos selecionados	16	23,7	9	17,6	7	21,8	32	21,3
TOTAL	67	100,0	51	100,0	32	100,0	150	100,0

A Tabela 28 revela o tipo de paciente que recebe aplicação tópica de flúor pelos profissionais entrevistados. Observa-se que 83,3% dos entrevistados afirmaram realizar aplicações em crianças. Os adolescentes foram citados por 72,0% e os adultos por 49,3%. As crianças que não ingerem foram citados por 15,3% dos entrevistados, sendo também o item de maior variação entre os grupos. Destaca-se, também, a citação dada aos adultos no Grupo III (65,6%), quando comparada aos Grupos I (41,7%) e II (49,0%). Como ocorreu com a recomendação de dentifrícios e a prescrição de bochechos, novamente vê-se a alta indicação de aplicação tópica de flúor para crianças e adolescentes, com indicação bem menor para adultos. É possível verificar na tabela que a indicação para crianças que não ingerem obteve baixo percentual, principalmente nos Grupos I e II. Esse fato pode estar associado à questão dos cuidados que normalmente são tomados durante o procedimento. O posicionamento do paciente, o uso de sugadores de alta potência, o isolamento e a atenção do profissional são algumas das recomendações sugeridas por RIPA⁶⁹ e por NACHT & TRUPKIN⁵⁵. Porém, quando inquiridos sobre o modo como os entrevistados realizam aplicações tópicas (Anexo 3), foi possível observar que muitos profissionais não têm seguido as devidas recomendações. Como aconteceu com a suplementação sistêmica, com os dentifrícios fluoretados e com os bochechos com soluções fluoretadas, observa-se, também com a aplicação tópica, que a mesma impressão de que alguns profissionais faltaram com a verdade novamente se fez presente.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, POR GRUPO, SEGUNDO O SUJEITO DA INDICAÇÃO DE APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLUORETOS. CURITIBA (Pr.), 1992

GRUPO SUJEITO	I		II		III		TOTAL	
	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X
Crianças	55	82,0	45	88,2	25	78,1	125	83,3
Crianças que não ingerem	8	12,0	5	9,8	10	31,2	23	15,3
Adolescentes	49	73,1	37	72,5	22	68,7	108	72,0
Adultos	28	41,7	25	49,0	21	65,6	74	49,3

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados apresentados e discutidos no capítulo 5, obtidos segundo a metodologia descrita no capítulo 4, parece lícito concluir que:

- os Cirurgiões-Dentistas, de maneira geral, comportaram-se de forma pouco à vontade com relação à entrevista, particularmente os especialistas e os formados há mais tempo;
- muitos Cirurgiões-Dentistas, independentemente do grupo em que foram incluídos, demonstraram desatualização sobre a problemática do flúor e, destes, poucos tinham consciência do fato;
- o uso de fluoretos foi indicado para diversas situações, sem que fossem avaliados fatores como idade, fluoretação da água de consumo e exposição a outras formas de contato com o flúor;
- os fluoretos vêm sendo utilizados pelos entrevistados com o objetivo de prevenir a cárie dentária. A ação terapêutica do flúor foi considerada por apenas um em cada três entrevistados;
- com frequência, as respostas pareceram não corresponder à prática profissional, uma vez que os entrevistados que responderam afirmativamente utilizar determinada prática, quando questionados sobre como, com que ou por que o faziam, responderam evasiva ou incorretamente;
- crianças e adolescentes recebem fluoretos com maior intensidade que os adultos;
- a fluoretação dos sistema público de água foi considerado um método eficiente de utilização do flúor. Os entrevistados afirmaram existir flúor na água de Curitiba porém, não sabem em que concentração;

- dos métodos apresentados, a suplementação sistêmica é o menos utilizado pelos entrevistados. Dentre os poucos que o utilizam, verificou-se que grande parte das prescrições eram inadequadas;
- o uso de dentifrícios fluoretados foi considerado um método mais efetivo que a suplementação sistêmica e menos efetivo que os bochechos e aplicações tópicas de fluoretos. Os dentifrícios não foram devidamente relacionados à ação dos fluoretos;
- a recomendação de bochechos com soluções fluoretadas parece estar se tornando um método bastante utilizado pelos Cirurgiões-Dentistas. Entretanto foi possível observar que os profissionais desconhecem a composição e a maneira correta de prescrever essas soluções;
- a aplicação tópica realizada no consultório com moldeiras ou algodão foi a forma de uso de fluoretos mais utilizada pelos entrevistados, independentemente do grupo a que pertenciam;
- em todos os métodos indicados pelos profissionais foi possível observar negligência com os cuidados normalmente exigidos para se evitar excessos ou falhas;
- mesmo demonstrando nível de informação abaixo do esperado, o grupo de Professores apresentou-se mais atento e atualizado;
- os resultados obtidos nos grupos de Especialistas e de Clínicos Gerais apontam para a necessidade de repensar o conteúdo sobre os fluoretos oferecido nos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. A guide to the use of fluoride for the prevention of dental caries. J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.113, n.3, p.506-565, Sep., 1986.
2. ANDERSON, R.J. The reduction of dental caries prevalence in english Schoolchildren. J. Dent. Res., Washington, v.61, n.4, p.1311-1316, Nov., 1982.
3. ANDO, T. Alguns aspectos da fluorose dentária. Rev. Fac. Odont. São Paulo, v.3, n.2, p.269-276, jul./dez., 1975.
4. ARENDS, J., LODDING, A., PETERSON, L.G. Fluoride uptake in enamel in vitro comparisis on of topical agents. Caries Res., Geneve, v.14, n.5, p.403-413, Oct., 1980.
5. ARNOLD, F.A., DEAN, H.T., JAY, P. et al. Effect of fluoridated public water suplies on dental caries prevalence - tenth years of Grand Rapids - Muskegan study. J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.65, n.6, p.780, Apr.1962.
6. ATHANASSOULI, T., STRONG, M., PANAGOPOULOS, H. et al. Patterns of fluoride distribution on the surface of a tooth fragment after clinical treatment with fluoride gel. Caries Res., Geneve, v.22, n.3, p.134-138, May./Jun., 1988.
7. BANTING, D.W. The future of fluoride. J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.123, n.9, p.86-91, Aug., 1991.
8. BEISWANGER, B.B., STOOKEY, G.K. The comparative clinical cariostatic efficacy of sadium fluoride and monofluorphosphate dentifrices: a review of trials. J. Dent. Child., Chicago, v.56, n.5, p.337-347, Sep./Oct. 1989.

9. BIBBY, B.G., VAN KESTEREN, M. The effect of fluoride on mouth bacteria. J.Dent.Res., Washington, v.19, n.4, p.391-402, Aug., 1940.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. A Saúde de um Brasil Novo - 1990/1995. Brasília, 1991. 87p.
11. BROWN, R.J. Evidence of decrease in the prevalence of the dental caries in New Zealand. J.Dent.Res., Washington, v.16, n.11, p.1327-1330, Nov., 1982. Número Especial.
12. BROWN, W.E., KONIG, K.G. Cariostatic mechanisms of fluorides. Caries Res., Geneve, v.11, n.3, p.118-141, Mar., 1977. Suplemento.
13. BRUDEVOLD, F., MCCANN, H.G., NILSON, R. et al. The chemistry of the caries inhibition problems in topical treatments. J. Den. Res., Washington, v.46, n.1, p.37-45, Jan/Feb., 1967.
14. CARR, L.M. Dental health of children in Australia - 1977-1980. Aust. Dent. J., Sidney, v.27, n.3, p.169-175, Jun., 1982.
15. CASLAVSKA, V., GRON, P., AHERN, J.M. Fluoride acquisition by enamel from solutions and self-gellings preparations. Caries Res., Geneve, v.21, n.4, p.333-338, Jul/Aug., 1987.
16. CHAVES, M.M. Odontologia Social. 3ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.
17. CHEYNE, V.D. Human dental caries and topically applied fluoride - A preliminary report. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.29, n.5, p.804, May., 1942.
18. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Relatório 1991. Rio de Janeiro: CFO, 1992.

19. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA - Secção Paraná. Listagem oficial dos Cirurgiões-Dentistas inscritos. Curitiba: CRO, 1990.
20. COOLEY, R.L. Evaluation of fluoride-containing sealant by S.E.M. microleakage and fluoride release. Pediatr.Dent., Oxford, v.12, n.1, p.38-42, Feb., 1990.
21. CRUZ, R.A., ROLLA, G. Formation of fluoride on enamel in vitro after exposure to fluoridated mouthrinses. Acta Odont. Scand., Oslo, v.46, n.6, p.329-334, Dec., 1991.
22. CUNHA, E.S. História da Odontologia no Brasil. 3ed. Rio de Janeiro [s.n.], 1988. p.19-39: Vista geral sobre a história da Odontologia.
23. CURY, J.A. Fluorterapia. Biblioteca Científica - ABOPREV, São Paulo, n.4, p.10, maio, 1991.
24. _____ Uso do flúor. In: BARATIERI, L.N., ANDRADA, M.A. C. de, MONTEIRO JR., S. et al. Dentística: procedimentos preventivos e restauradores. São Paulo: Quintessence, 1989. 509p., p.43-68.
25. DAWES, C. Fluorides mechanisms of action and recommendations for use. J.Can.Dent.Assoc., Ottawa, v.55, n.9, p.721-723, Sep., 1989.
26. DEAN, H.T., ARNOLD, F.A. Endemic dental fluorosis of mottled enamel. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.30, n.3, p.278-283, Feb., 1943.
27. DIJKMANN, A.G., TAK, H., ARENDS, J. Fluoride deposited by topical application in enamel, KOH soluble and acquired fluoride. Caries Res., Geneve, v.16, n.2, p.147-155, Mar./Apr., 1982.

28. DUCKWORTH, R.M., KNOOP, D.T.M., STEPHEN, K.W. Effect of mouthrinses after toothbrushing with a fluoride dentifrice on human salivary fluorides level. Caries Res., Geneve, v.5, n.4, p.287-291, Jul./Aug., 1991.
29. ENGLANDER, H.R., KEYES, P.H., GESTWIKI, M. et al. Clinical anticaries effect of repeated topical sodium fluoride applications by mouthrinses. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.75, n.3, p.638-644, Sep., 1967.
30. ERICSSON, S.Y. Cariostatic mechanisms of fluoride: clinical observations. Caries Res., Geneve, v.11, p.20-41, July., 1977. Suplemento.
31. ERICSSON, Y., FORSMAN, B. Fluoride retained for mouthrinses and dentifrices in preschool children. Caries Res., Geneve, v.3, n.3, p.290-299, May./Jun., 1969.
32. FEJERSKOV, O. Combined effect of systemic and topical fluoride treatments in human deciduous teeth - case studies. Caries Res., Geneve, v.21, n.5, p.452-459, Sep./Oct., 1987.
33. FORSTEN, L. Short and long-term fluorides release from glass-ionomer and other fluorides-containing filling materials in vitro. Scand.J.Dent.Res., Copenhagen, v.92, n.2, p.179-185, Apr., 1990.
34. GASPARINI, D., SERRA, M.C., CURY, J.A. Effect of fluoride in secondary caries around glass ionomer or composite. J.Dent.Res., Washington, v.70, p.492, Apr., 1991. Número especial.
35. GERBERT, B., BERNZWEIG, J., BLEECKER, T. et al. Risks of the "big three" - what the dentists and patients believe about dental amalgam, fluoride and HIV. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.123, n.4, p.86-91, Aug., 1991.

36. GREMBOWSKI, D., FISET, L., SPADAFORA, A. How fluoridation affects adult dental caries. J.AM.Dent.Assoc., Chicago, v.123, n.2, p.49-54, Feb., 1992.
37. GUEDES-PINTO, A.C. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 1988. 1126p., p.473-551.
38. HEIFETZ, S.B., HOROWITZ, H.S., DRISCOLL, W.S. Effect of school-water fluoridation on dental caries: results in Seagrave, N.C., after eight years. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.97, n.2, p.193-196, Aug., 1978.
39. HOROWITZ, H.S. The future of water fluoridation and the other systemic fluorides. J.Dent.Res., Washington, v.69, p.760-764, 820-823, Feb., 1990. Número especial.
40. -----. Appropriate uses of fluoride: considerations for the 90s summary. J.Public.Health., Washington, v.51, n.i, p.48-52, Winter, 1990.
41. HOROWITZ, H.S., HEIFETZ, S.B., LAW, F.E. Effect of school-water fluoridation on dental caries. Final results in Elk Lake, Pennsylvania, after 12 year. J.Am.Dent.Assoc., Chicago, v.84, n.4, p.832, Apr., 1972.
42. KALSBECK, H., VERRIPS, G.H. Dental caries prevalence and the use of fluorides in different european countries. J.Dent.Res., Washington, v.69, p.728-732, Feb., 1990. Número especial.
43. KATZ, S., McDONALD, J.L., STOOKEY, G.K. Odontologia Preventiva en acción. 3ed. Buenos Aires: Panamericana, 1982. p. 195-246.
44. KOCH, G. Evidence for declining caries prevalence in Sweden. J.Dent.Res., Washington, v.61, p.1340-1345, Nov., 1990. Número especial.

45. KOLEHMAINEN, L. Evaluation of a fluoride containing varnish in children with a low caries incidence. Scand. J. Dent. Res. Copenhagen, v.89, p.228-234, Jul., 1981. Número especial.
46. KONIG, K.G. Feasibility of the combined use of fluorides. J. Dent. Res., Washington, v.69, p.801-804, 820-823, Feb., 1990. Número especial.
47. LE COMPTE, E.J., DOYLE, T.E. Oral retention following various topical application technics in children. J. Dent. Res. Washington, v.61, n.12, p. 1397-1400, Dec., 1982.
48. LEUCKHART, C.S. An uptake water fluoridation: triumphs and challenges. Pediatr. Dent., Oxford, v.10, n.1, p.32, Jan., 1979.
49. LEVY, S.M., ZAREI, Z. Evaluation of fluoride exposures in children. J. Dent. Child., Chicago, v.58, n.6, p.467-473, Nov./Dec., 1991.
50. MANJI, F., FEJERSKOV, O. Dental caries in the developing countries in relation to the appropriate use of fluoride. J. Dent. Res., Washington, v.69, p.734-741, Feb., 1990. Número especial.
51. MARTHALER, T.M. Cariostatic efficacy on the combined use of fluorides. J. Dent. Res., Washington, v.69, p.797-800, Feb., 1990. Número especial.
52. MELLBERG, J.R. Fluoride dentifrices: current status and prospects. Int. J. Dent., London, v.41, n.1, p.9-16, Feb., 1991.
53. MELLBERG, J.R., RIPA, L.W. Fluoride in preventive dentistry, theory and clinical applications. Chicago: Quintessence, 1983. 290p.

54. MURRAY, J.J., WINTER, G.B., HURST, C.F. Duraphat fluoride varnish, a 2 year clinical trial in 5 years old children. Br. Dent. J., London, v.53, n.3, p.1317-1322, Apr., 1980.
55. NACHT, E.S., TRUPKIN, D.P. 12 ways to improve the quality of your pediatric practice. J. Clin. Ped. Dent., Boston, v.14, n.4, p.215-216, Summer, 1991.
56. NEWBRUN, E. Cariology. 3ed. Chicago: Quintessence, 1989. p.331-335: The use of fluoride in preventive dentistry.
57. OGAARD, B. Effects of fluoride on caries development and progression in vivo. J. Dent. Res., Washington, v.69, p.813-819, Feb., 1990. Número especial.
58. OLIVEIRA, C.G. Análise do uso dos dentifrícios fluoretados em Curitiba. Dens., Curitiba, v.4, n.12, p.27-35, jan./dez., 1988.
59. PAIVA, S.M., PAIXÃO, R.F., CAPELLA, L.F. et al. A fluorose dentária sob o ponto de vista de uma comunidade atingida. Rev. Gaucha Odont., 1992. (em fase de elaboração).
60. PENDRYS, D.G., MORSE, D.E. Use of fluoride supplementation by children living in fluoridated communities. J. Dent. Child., Chicago, v.57, n.5, p.343-351, Sep./Oct., 1980.
61. PINTO, V.G. Odontologia social e preventiva. 3ed. São Paulo: Ed Santos, 1989. 415p.
62. ----- Saúde bucal: panorama internacional. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1990. 258p.
63. RICHARDSON, B. Fixation of topically applied fluoride in enamel. J. Dent. Res., Washington, v.46, n.1, p.87-91, Feb., 1967.

64. RIORDAN, P.J. Fluoride supplements. Aust. Dent. J., Sidney, v.33, n.6, p.516-517, Dec., 1988.
65. RIPA, L.W. Fluoride rinsing: what dentists should know. J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.102, n.4, p.477-481, Apr., 1981.
66. ----- Clinical studies of high-potency dentifrices: a review. J. Am. Dent. Assoc., Chicago, v.118, n.1, p.85-91, Jan., 1989.
67. ----- Topical fluorides. A discussion of risks and benefits. J. Dent. Res., Washington, v.66, n.5, p.1079-1083, May., 1987.
68. ----- Office fluoride gel-tray treatments. N.Y. States Dent. J., New York, v.58, n.2, p.47, Feb., 1992.
69. ----- An evaluation of the use of professional (operator-applied) topical fluorides. J. Dent. Res., Washington, v.69, p.820-823, Feb., 1990. Número especial.
70. RUBEINSTEIN, L.K., AVENT, M.A. Frequency of undesirable side-effects following professionally applied topical fluoride. J. Dent. Child., Chicago, v.54, n.4, p.245-247, Jul./Aug., 1987.
71. SCOVILLE, R.K., FOREMAN, F., BURGESS, J.O. In vitro fluoride uptake by enamel adjacent to a glass ionomer luting cement. ASDC. J. Dent. Child., Chicago, v.57, n.5, p.352-355, Sep./Oct., 1990.
72. SEPPÄ, L., TOLENEN, T. Caries preventive effect of fluoride varnish applications performed two or four times a year. Scand. J. Dent. Res., Copenhagen, v.9, n.2, p.102-105, Apr., 1990.

73. SEPPÄ, L., TUUTTI, H., LUOMA, H. A 2 year report on caries prevention varnishes in a community with fluoridated water. Scand. J. Dent. Res., Copenhagen, v.89, n.1, p.48-51, Mar., 1981.
74. SERRA, M., SARTINI FILHO, R., CURY, J.A. Incorporação e retenção de flúor em esmalte e dentina após aplicação tópica de flúor fosfato acidulado. R.B.O., Rio de Janeiro, v.46, n.1, p.18-23, jan/fev., 1989.
75. SKARTVEIT, L., TVEIT, A.B., TØTDAL, B. et al. In vivo fluoride uptake enamel and dentin from fluoride-containing materials. J. Dent. Child., Chicago, v.58, n.2, p.97-100, Mar./Apr., 1990.
76. STEPHEN, K.G. Combined fluoride therapies. A 6 year double-blind school based preventive dentistry study in Inverness, Scotland. Commun. Oral Epidemiol., Manchester, v.18, n.5, p.244-248, Oct., 1990.
77. THYLSTRUP, A., FEJERSKOV, O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988., 388p., p. 293-362.
78. TODESCAN, J.H., SIMA, S.T. Campanhas de prevenção e orientação para com a higiene bucal. Rev. A.F.C.D., São Paulo, v.45, n.6, p.641-643, nov./dez., 1991.
79. VIEGAS, A.R. Odontologia sanitária: aspectos preventivos da cárie dentária. São Paulo: Fac. Hig. Saúde Publ., 1961, 342p.
80. ----- Aspectos da fluoretação. In: SEMINÁRIO SOBRE FLUORETAÇÃO DE ÁGUAS EM SISTEMAS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO, 1977. 18p.

81. WEY, S.H.Y. Clinical uses of fluoride. Philadelphia: Lea & Febiger, 1985., 395p
82. WHITFORD, G.M., ALLMANN, D.W., SHAHED, A.D. Topical fluorid: effects on physiologic and biochemical processes. J.Dent. Res., Washington, v.66, n.5, p.1072-1078, May., 1987.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA AS ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
OPÇÃO ODONTOPEDIATRIA

DATA:

CÓDIGO:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

GRUPO: () I () II () III

IDADE:

SEXO:

ANO DE FORMATURA:

ESPECIALIDADE:

QUESTIONÁRIO

I . Recomenda ou utiliza flúor em seus pacientes?

() Sim

() Não

I₁. Porque?

() Ação preventiva

() Não conhece

() Ação terapêutica

() Não está habituado

() Facilidade do uso

() Não considera efetivo

() Relação custo-benefício

() Não sabe

() Outros: _____

() Outros _____

II . De que maneira o flúor costuma ser indicado na sua prática profissional?

- Na suplementação sistêmica
- Nas aplicações tópicas
- Na prescrição de bochechos
- Na recomendação de dentifrícios com flúor
- Na utilização de cimentos com flúor
- Na aplicação de selantes com flúor
- Nas terapias múltiplas com flúor
- Não sabe
- Outros: -----

II₁. Qual destas formas considera mais eficiente? -----

III. Com que frequência utiliza-se do flúor?

- Sempre
- Frequentemente
- Em casos selecionados
- Raramente
- Outros: -----

IV. Que fatores leva em consideração para indicar flúor?

- Risco ou atividade de cárie
- Idade
- Fluoretação da água
- Capacidade de colaboração
- Não sabe
- Outros -----

V. Para quem indica flúor?

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos

VI. Qual sua opinião sobre a ação do flúor na água de abastecimento?

- é um método eficaz
 - é um método pouco eficaz
 - é um método ineficaz
 - é um método prejudicial
 - Não tem opinião
 - Outros _____
-

VI₁. Sua cidade possui água fluoretada?

- Sim
- Não
- Não sabe

Em que concentração? _____

VII. Qual sua opinião sobre a suplementação sistêmica com fluoretos?

- é um método eficaz
 - é um método pouco eficaz
 - é um método ineficaz
 - é um método prejudicial
 - Não tem opinião
 - Outros _____
-

VII₁. Indica ou já indicou
a suplementação endógena? Sim Não

Fluoreto indicado: _____ Concentração _____

Posologia: _____ Método _____

Recomendações: _____

VIII. Qual sua opinião sobre a ação do flúor nos dentifrícios?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> é um método eficaz | <input type="checkbox"/> é um método prejudicial |
| <input type="checkbox"/> é um método pouco eficaz | <input type="checkbox"/> Não possui opinião |
| <input type="checkbox"/> é um método ineficaz | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
-

VIII₁. Recomenda ou já recomendou dentifrícios com flúor?

- Sim Não

Quando recomenda?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Crianças |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Crianças que não ingerem |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Em casos selecionados | <input type="checkbox"/> Adultos |

IX. Qual sua opinião sobre a utilização do flúor em bochechos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> é um método eficaz | <input type="checkbox"/> é um método prejudicial |
| <input type="checkbox"/> é um método pouco eficaz | <input type="checkbox"/> Não possui opinião |
| <input type="checkbox"/> é um método ineficaz | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
-

IX₁. Recomenda ou já recomendou bochechos com flúor?

- Sim Não

Quando recomenda?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Crianças |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Crianças que não ingerem |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Em casos selecionados | <input type="checkbox"/> Adultos |

IX₂. Como recomenda bochechos com flúor?

Fluoreto indicado: _____

Posologia: _____

Método: _____

Cuidados: _____

X. Qual sua opinião sobre a aplicação tópica de flúor?

- é um método eficaz é um método prejudicial
- é um método pouco eficaz Não possui opinião
- é um método ineficaz

X₁. Aplica recomenda , já aplicou ou recomendou o uso tópico de flúor?

Quando indica?

- Sempre Crianças
- Frequentemente Crianças que não ingerem
- Raramente Adolescentes
- Em casos selecionados Adultos

X₂. Como realiza a aplicação tópica? _____

Fluoreto utilizado: _____

Posologia: _____

Recomendações: _____

ANEXO 2

QUADRO 1 - Forma como os profissionais do Grupo I, que afirmaram prescrever suplementação sistêmica com flúor, alegaram fazê-lo.

QUADRO 2 - Forma como os profissionais do Grupo II, que afirmaram prescrever suplementação sistêmica com flúor, alegaram fazê-lo.

QUADRO 3 - Forma como os profissionais do Grupo III, que afirmaram prescrever suplementação sistêmica com flúor, alegaram fazê-lo.

QUADRO 1. FORMA COMO OS PROFISSIONAIS DO GRUPO I, QUE AFIRMARAM PRESCREVER SUPLEMENTAÇÃO SISTÊMICA COM FLUOR, ALEGARAM FAZÊ-LO. CURITIBA (Pr.), 1992.

FLUORETO INDICADO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	RECOMENDAÇÕES
Fluoreto de Sódio - comprimidos	?	1 comprimido cada 8 horas	utiliza em "casos hereditários"
Ácido fosfórico	1M	Trimestral	?
Fluornatrium	?	como manda o fabricante	?
Solução Priná Natalins	1X	?	?
Não lembra	?	?	?
Não lembra	?	1 vez ao dia	?
Não citou	?	?	?
Não citou	?	?	?
Não lembra	?	?	?
Rarical com Vitaminas (NaF)	0,03 mg	via oral: 3 drágeas ao dia	para gestantes
Calcigenol	?	diário	manter intervalos
Não lembra	?	?	?
Não citou	?	?	?
Depende do caso	?	?	?

QUADRO 2. FORMA COMO OS PROFISSIONAIS DO GRUPO II, QUE AFIRMARAM PRESCREVER SUPLEMENTAÇÃO SISTÊMICA COM FLÚOR, ALEGARAM FAZÊ-LO. CURITIBA (Pr.), 1992.

FLUORETO INDICADO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	RECOMENDAÇÕES
Fluoreto de Sódio	?	1 comprimido ao dia	durante a gestação
Prima Natalins com flúor gotas ou	0,01 ppm	1 gota ou 1 comprimido ao dia	?
Fluoreto de Sódio	1X	1 gota por litro	usar em filtros d'água
Fluordente	?	2 gotas diárias	em locais sem água fluoretada
Fluornatrium	?	gotas	?
Natalins drágeas	?	1 drágea ao dia	em casos específicos
Não lembra	?	?	?
Poly-vi-flúor gotas	?	1 gota ao dia	?
Tri-vi-flúor gotas	?	?	?
Fluorvit	?	?	?
Fluornatrium	0,05X	1 comprimido ao dia	?
Prima Natalins com flúor	?	?	?
Fluoreto de cálcio	?	?	?
Não lembra	?	?	?
Fluornatrium	1X	1 mg por dia	?
Fluornation	?	1 ao dia	?

QUADRO 3. FORMA COMO OS PROFISSIONAIS DO GRUPO III, QUE AFIRMARAM PRESCREVER SUPLEMENTAÇÃO SISTÊMICA COM FLÚOR, ALEGARAM FAZÊ-LO. CURITIBA (PR.), 1992.

FLUORETO INDICADO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	RECOMENDAÇÕES
Pede ao Ginecologista	?	?	?
Zymaflúor	0,05X	1 dose diária	?
Tri-vi-flúor (FNa)	1,0X	2 ou 3 gotas ao dia	casos selecionados
Poly-vi-flúor	1,0X	1 comprimido ao dia	?
Fluoreto de sódio (gotas)	0,001X	1 vez ao dia	não usar outra forma
Não lembra	?	?	?

ANEXO 3

QUADRO 4 - Modo como os profissionais alegaram realizar a aplicação tópica de flúor.

QUADRO 4. COMO COMO OS PROFISSIONAIS ALEGARAM REALIZAR A APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR. CURITIBA (Pr.), 1992

		GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
MODO DE APLICAÇÃO	Moldeira	38	37	16
	Algodão	7	6	2
	Moldeira ou Algodão	8	2	4
	Outros	1	1	1
	Não citou	13	5	7
	TOTAL	67	51	32
FLUORETO UTILIZADO	Fluorofosfato acidulado a 1,23X	15	27	13
	Fluoreto de sódio a 2X	4	6	1
	Fluoreto estanoso	2	1	1
	"Fluor Gel"	24	11	10
	Outros	11	1	1
	Não citou	11	5	6
	TOTAL	67	51	32
FREQUENCIA	1 vez ao ano	1	1	1
	2 vezes ao ano	14	13	7
	3 ou mais vezes ao ano	2	2	1
	Outros	6	3	3
	Não citou	44	32	20
	TOTAL	67	51	32
TEMPO DE APLICAÇÃO	Menos de 4 minutos	1	1	1
	4 minutos	14	11	8
	Mais de 4 minutos	6	4	2
	Não citou	46	35	21
	TOTAL	67	51	32
USO DE FIO DENTAL DURANTE APLICAÇÃO	Utiliza	3	3	5
	Não utiliza	64	48	27
	TOTAL	67	51	32