

PLANEJAMENTO DE UM PROGRAMA PILOTO EM BASES INCREMENTAIS

G. Fossati

Instrutor de Ensino de Higiene e Odontologia Legal.

SINOPSE

Discute-se a importância do planejamento na elaboração de um programa incremental.

Determina-se as necessidades de tratamento, tomando por base dados de um levantamento em um grupo de crianças da cidade de Porto Alegre.

Comparam-se os recursos disponíveis na comunidade com as necessidades de tratamento.

São apresentadas e analisadas algumas hipóteses de solução do problema cárie dentária.

E' selecionado um específico programa de ação, em função do objetivo e da política do serviço.

1.0 — INTRODUÇÃO —

Devido a implantação, pela Saúde Pública, de uma nova filosofia de como ver, sentir e enfrentar os problemas médicos que afligem à comunidade, a Odontologia Sanitária vem, em nosso meio pouco e pouco galgando uma posição de destaque na ciência odontológica.

A Odontologia Sanitária, que em vários países já alcançou um alto nível, a ponto de ser considerada, como no caso dos Estados Unidos da América do Norte, especialidade da Odontologia e especialidade da Saúde Pública, desenvolve-se no Brasil graças aos esforços de profissionais dedicados aos problemas da comunidade, bem como à certas instituições que procuram, através de um trabalho racional, satisfazer, neste setor, as necessidades da população brasileira.

Apesar da importância dos trabalhos e estudos desenvolvidos para dar melhores condições de saúde à comunidade nacional, temos a registrar, infelizmente a falta de consciência da responsabilidade social de profissionais que, apesar de fazerem parte de equipes de saúde pública, não compreendem sua posição e vêm nesta atividade apenas um recurso para obter meios de sobrevivência. (1, 9, 35)

E' necessário que cada um considere seu «status» na comunidade e passe a ver a realidade dentro de um espírito humanista para poder

então, retribuindo à coletividade por esta posição, satisfazer ao mínimo exigido que é a necessidade sentida pela comunidade.

Um programa de Odontologia Sanitária que tenha condições de atender ao aspecto das relações entre pessoas, permitindo a melhor integração dos profissionais nas equipes de saúde pública, poderá atingir seus objetivos, conduzindo a mais um êxito favorável o trabalho incansável da Odontologia Sanitária.

Nosso objetivo neste trabalho, utilizando dados reais, é o de estudar uma das atividades de maior importância dos programas de Odontologia Sanitária, que é o planejamento para elaboração de um programa incremental (11, 12, 13, 17, 19, 32, 33, 36, 37, 38, 39).

Também objetivamos equacionar as necessidades da comunidade com os recursos disponíveis.

Apresentar as sugestões que julgamos possíveis para a resolução do problema, tendo em vista inicialmente, os recursos existentes na comunidade; secundariamente, as medidas que poderiam ser adotadas para aumentar o rendimento, medido em termos de indivíduos beneficiados, através de um aumento de produtividade, mantendo-se os custos estacionários ou pelo menos elevando-os à um nível que não venha a prejudicar a eficiência do programa.

Concordamos com Koontz & O'Donnel, quando afirmam que: «a eficiência de um programa, consiste em atingir os objetivos com um

mínimo de conseqüências imprevisíveis». (28)

No estabelecimento dos objetivos deste trabalho, tivemos em mente, como deverá ter todo aquele que se dedica a Odontologia aplicada à Saúde Pública, que «Odontologia Sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral». (3)

Desejamos reavivar o pensamento dos administradores da Saúde Pública, de que, além de um planejamento racional, é preciso «organizar com inteligência, selecionar e treinar bem os subordinados, saber dirigir eficientemente, tomar medidas para que planos sólidos sejam realizados, e finalmente, que melhores relações humanas constituem uma realização grupal eficiente». (27)

2.0 — CONSIDERAÇÕES SOBRE PROBLEMA EM ODONTOLOGIA SANITÁRIA —

No estudo da ciência odontológica, encontramos vários problemas subordinados ao desenvolvimento das ciências médicas.

Devemos entretanto, atentar para o fato de que os problemas odontológicos, mesmo merecendo do cirurgião-dentista sanitário, sua atenção e estudo, nem sempre se constituem problemas de Saúde Pública.

Sinai, citado por Chaves (5), nos apresenta critérios que permitem julgar se um determinado problema odontológico constitui-se em problema de Saúde Pública. Segundo

aquêle autor, o problema deve reunir três condições essenciais: 1º — constituir causa comum de morbidade ou mortalidade; 2º — devem existir métodos eficazes de prevenção e contrôle; 3º — êsses métodos não são utilizados convenientemente pela comunidade.

Analisando o problema odontológico, cárie dentária, veremos que, de acôrdo com os critérios apontados, êsse constitui-se em um problema de Saúde Pública. Mas isto não é condição única para que nos preocupemos de imediato na sua solução. E' preciso que consideremos os outros problemas, e principalmente, que equacionemos os recursos disponíveis na comunidade, para solução dos diferentes problemas odontológicos.

Devemos, também, ter presente que a Odontologia é apenas um setor da Saúde Pública e que os problemas odontológicos devem obedecer ao esquema de prioridade dos problemas de saúde da comunidade. (2)

Êstes fatos, sem querermos entrar em outros detalhes de somenos importância, levam-nos a elaborar, também, um esquema de prioridade dos problemas odontológicos para que possamos solucioná-los à medida que avançemos neste esquema.

Para o estabelecimento de um esquema de prioridade podemos citar alguns critérios, referidos por Chaves (4): «número de pessoas atingidas; severidade do dano causado; possibilidade de atuação eficiente; custo per capita e grau de interesse da comunidade».

Se formos analisar os problemas

odontológicos de Saúde Pública veremos que a cárie dentária ocupa o primeiro plano no esquema.

Não poderemos ser demasiadamente idealistas, querendo resolver todos os problemas, devido ao estágio de desenvolvimento em que se encontra a própria Odontologia; deveremos, isto sim, ser realistas, encarar os problemas da comunidade e procurar solucioná-los com os recursos disponíveis.

O problema cárie dentária, apesar de todo o progresso da ciência odontológica, continua sendo em nosso meio, o grande problema a exigir uma solução.

Nosso estudo, será sôbre o problema cárie dentária, pois êste preenche os critérios de Sinai, sendo portanto um problema de Saúde Pública.

3.0 — ESTRUTURAÇÃO DE UM PLANEJAMENTO DINÂMICO —

3.1 — Considerações gerais sôbre planejamento —

Para estabelecermos qualquer estudo sôbre planejamento, temos que partir de que: «planejamento é um processo intelectual, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise». (29)

Tôda ação em Odontologia Sanitária inicia-se por um planejamento que obedece a certos «princípios» que dizem respeito: a que o planejamento deve trazer uma contribuição positiva à realização dos objetivos do grupo; ao estabelecimento de planos e tipos de relações

na dinâmica organizacional; ao problema de pessoal qualificado; à um roteiro de orientação; à supervisão e controle a serem empregados. Naturalmente, que temos de incluir o aspecto humano, pois que, a organização não existe em função apenas de seu aspecto formal.

O programa de Saúde Pública ao ser planejado, tem de obedecer às diferentes etapas que compõe o planejamento.

Cada fase deve ser minuciosamente estudada, para se estruturar um programa racional, realístico e perfeitamente equacionado com os recursos da comunidade.

Ao planejarmos qualquer ação em Saúde Pública, não encontraremos condições estáticas, e portanto, o planejamento de programas é realizado sob condições de alteração e mutabilidade. É este caráter dinâmico que torna o planejamento difícil e de indiscutível valor a utilização de princípios doutrinários.

O planejamento dinâmico que é elaborado sob condições de mutabilidade, apresenta como fator fundamental, a correção das estimativas futuras.

Este fator do planejamento dinâmico, é que permitirá o reajustamento periódico dos programas de Saúde Pública à realidade da comunidade.

3.2 — Processo de Planejamento —

Por processo de planejamento entendemos a elaboração de um plano de ação e o seu desenvolvimento em direção à um determinado objetivo.

As diferentes etapas do proces-

so de planejamento não serão estudadas neste trabalho, mas apenas, focalizados alguns aspectos de importância para o estudo que desejamos desenvolver.

3.2.1 — Estudo da situação —

Nesta fase nos preocupamos em conhecer a extensão do problema e estabelecer as premissas de planejamento. Estas constituem «dados de previsão baseados em fatos e diretrizes básicas que se espera aplicar no futuro». (30)

Podemos situar três tipos de premissas, em função do controle exercido pelo planejador: premissas incontroláveis — crescimento de população, custos e ambientação política; premissas semi-controláveis — produção, pessoal, material e eficiência de trabalho; premissas controláveis — determinação de objetivos, expansão do serviço, adoção de programas colaterais e outras. (31)

3.2.2 — Determinação dos objetivos e formulação da política do serviço —

Somente será possível planejar um programa de ação, se este tender em direção dos objetivos da organização. É o objetivo estabelecido que possibilita a determinação do que deve ser feito, com que ênfase e que conjunto de diretrizes, procedimentos, regras e orçamentos deve ser elaborado.

3.2.3 — Análise operacional —

Tendo sido definido o problema e estabelecido os objetivos do programa, poderá ser iniciada a fase de análise operacional.

Esta fase consiste em estabelecer, analisar e ordenar as hipóteses de solução para o problema.

Concluindo estas considerações sobre o processo de planejamento, fazemos nossas as palavras de Chaves (8): «ao estudar as fases do planejamento, o sanitarista deve chegar à uma decisão sobre o que pretende fazer, como fazer e estabelecer um esquema do programa a desenvolver, no qual conste: os objetivos do programa a longo prazo, os objetivos para o trabalho a curto prazo e os procedimentos para alcançar estes objetivos».

4.0 — PLANEJAMENTO DE UM PROGRAMA-PILÓTO —

4.1 — Reconhecimento da extensão do problema —

O reconhecimento da extensão do problema, só é possível através da realização de um levantamento ou inquérito dentário, na população que irá participar do programa, ou em uma amostra representativa da mesma.

A coleta de dados, por meio de um levantamento, nos permite determinar não só a situação atual do problema a ser enfrentado (prevalência), como também a situação futura, por meio de uma estimativa do incremento de cárie dentária.

Para o planejamento de um programa-piloto de higiene dentária escolar, após a escolha da unidade sede do programa, de acordo com critérios pré-estabelecidos (15), inicia-se a fase de inquérito dentário.

Este é realizado por cirurgiões-

dentistas previamente calibrados e, o trabalho de levantamento deve ser completado no menor período de tempo possível.

O instrumental necessário é: sonda exploradora nº 5 e espelho bucal plano nº 4. O material: uma cubeta para o instrumental, contendo água com metafen ou mertiolate; uma mesinha; três cadeiras comuns, uma para o examinador, outra para o anotador e outra para a criança a ser examinada; folhas coletivas para inquérito (modelo apresentado por Mario Chaves); lápis ou caneta e prancheta.

O índice escolhido é o índice CPO-D, número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança, que de acordo com a finalidade do levantamento e o tipo de exame, nos fornece elementos suficientes para planejar um programa de ação.

Concluído o inquérito dentário, inicia-se a apuração do levantamento, que consiste da revisão e preparação das folhas coletivas, tabulação e análise dos dados.

A tabulação é a simples passagem dos dados resultantes do levantamento para uma tabela, conhecida como: TABELA DE VALORES — Valores CPO-D (TABELA I), quando fornece o número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados das crianças examinadas, em cada idade. Valores ceo, (TABELA II), quando fornece o número total de dentes deciduos cariados, indicados à extração, devido a cárie dentária e obturados das crianças examinadas, em cada idade.

TABELA I

Valores CPO-D, por idade, em 1.070 crianças escolares de 7 à 14 anos de idade.

PROGRAMA PILÔTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Idade	Nº de Crianças	C	O	Ext.	Ext. Ind.	CPO-D
7	220	528	78	2	30	638
8	230	690	94	12	46	842
9	206	754	82	16	60	912
10	176	750	118	68	58	994
11	118	662	68	36	118	872
12	74	542	32	50	68	692
13	30	248	12	12	36	308
14	16	154	2	12	14	182
Total	1070	—	—	—	—	—

TABELA II

Valores ceo, por idade, em 1054 crianças escolares de 7 à 13 anos de idade.

PROGRAMA PILÔTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Idade	Nº Crianças	c	e	o	ceo
7	220	868	410	70	1348
8	230	708	446	70	1224
9	206	416	230	60	706
10	176	210	104	22	336
11	118	50	52	0	102
12	74	6	0	0	6
13	30	0	2	0	2
Total	1054	—	—	—	—

De imediato, faz-se à determinação do índice CPO-D, número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados por criança, em cada idade (7-14 anos), e determinação do índice ceo, número de dentes decíduos cariados, indicados à extração e obturados por criança,

em cada idade.

O resultado dos cálculos para determinação dos índices é registrado em tabelas, denominadas — TABELA DE ÍNDICES CPO-D, para dentes permanentes (TABELA III) e TABELA DE ÍNDICES ceo, para dentes decíduos (TABELA IV).

TABELA III

índices CPO-D, por idade, em 1070 crianças escolares de 7 à 14 anos de idade.

PROGRAMA PILÔTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Idade	Nº de Crianças	C	O	Ext.	Ext. Ind.	CPO-D
7	220	2,40	0,35	0,01	0,14	2,90
8	230	3,00	0,41	0,05	0,20	3,66
9	206	3,66	0,35	0,08	0,29	4,38
10	176	4,26	0,66	0,39	0,33	5,64
11	118	5,61	0,58	0,31	1,00	7,50
12	74	7,32	0,43	0,68	0,92	9,35
13	30	8,27	0,40	0,40	1,20	10,27
14	16	9,63	0,13	0,75	0,88	11,39
Total	1070	—	—	—	—	—

TABELA IV

índices ceo por idade, em 1054 crianças escolares de 7 à 13 anos de idade.

PROGRAMA PILÔTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Idade	Nº de Crianças	c	e	o	ceo
7	220	3,95	1,86	0,32	6,13
8	230	3,08	1,94	0,30	5,32
9	206	2,02	1,12	0,29	3,43
10	176	1,19	0,59	0,13	1,91
11	118	0,42	0,44	0	0,86
12	74	0,08	0	0	0,08
13	30	0	0,07	0	0,07
Total	1054	—	—	—	—

A necessidade de determinar os índices, é para se conhecer o trabalho acumulado que representa as necessidades do grupo, em um instante dado. O que corresponde à

prevalência de necessidades. (TABELA V), para dentes permanentes. (TABELA VI), para dentes decíduos.

TABELA V
Cálculo do trabalho acumulado, por idade, em 1070 crianças escolares de 7 a 14 anos de idade.

PROGRAMA PILOTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
PÓRTO ALEGRE
— 1963 —

Idade	Nº de Crianças	C	C x 2
7	220	528	1056
8	230	690	1380
9	206	754	1508
10	176	750	1500
11	118	662	1324
12	74	542	1084
13	30	248	496
14	16	154	308
Total	1070	4328	8656

TABELA VI
Cálculo do trabalho acumulado por idade, em 1054 crianças escolares de 7 a 13 anos de idade

PROGRAMA PILOTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
PÓRTO ALEGRE
— 1963 —

Idade	Nº de Crianças	c	c x 2
7	220	868	1736
8	230	708	1416
9	206	416	832
10	176	210	420
11	118	50	100
12	74	6	12
13	30	0	0
Total	1054	2258	4516

Outro dado importante que precisa ser computado é o do incremento de cárie dentária, que é representado pelas novas lesões que ocorrem em um determinado período de tempo. (TABELA VII). Este dado refere-se apenas, a dentes permanentes.

TABELA VII

Cálculo do incremento anual de cárie, por idade, em 1070 crianças escolares de 7 a 14 anos de idade.

**PROGRAMA PILOTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
PÓRTO ALEGRE**

— 1963 —

(Método indireto)

IDADES		I. A.
7	— 8	0,76
8	— 9	0,72
9	— 10	1,26
10	— 11	1,86
11	— 12	1,85
12	— 13	0,92
13	— 14	1,12

4.2. — Estudo das premissas de planejamento —

Neste estudo nos deteremos nos seguintes aspectos: recursos de pessoal, recursos de material, capacidade de produção, sistema de trabalho e custos e benefícios.

4.2.1 — Recursos de pessoal —

A disponibilidade de pessoal, para a execução de um programa-pi-

lôto, nas bases apresentadas é de apenas dois cirurgiões-dentistas e uma auxiliar.

Os profissionais poderão ser recrutados da equipe de cirurgiões-dentistas pertencentes ao quadro do serviço.

A seleção será realizada da forma mais simples, qual seja, o interesse demonstrado pelo programa, após apresentação à toda equipe de profissionais.

Os dois cirurgiões-dentistas passarão por uma fase de preparação que constará de: curso, palestras e discussão de grupo.

O curso apresentará aspectos fundamentais da Odontologia Preventiva e Sanitária. As palestras sobre o programa em si e sua filosofia e as discussões de grupo, sobre assuntos apresentados no curso e nas palestras.

A auxiliar, por não se dispor em nosso meio de curso de formação para auxiliares, terá de ser treinada em serviço.

Esta auxiliar será de tempo integral atendendo aos dois cirurgiões-dentistas que trabalham meio turno cada um e realizará a aplicação tópica de fluoreto de sódio à 2%.

4.2.1.1 — Supervisão —

A supervisão, por constituir-se em uma das funções mais importantes de qualquer programa de saúde pública, assumirá a responsabilidade de estabelecer a coordenação entre a equipe de profissionais e a direção; orientar a parte técnica

do programa; estabelecer as normas, regras e procedimentos em função de dados obtidos e analisados; pôr em execução as diretrizes elaboradas pela direção; resolver problemas sobre material e de ordem administrativa no local de operação do programa.

4.2.2 — Recursos de material —

Os recursos de material devem ser estudados sob a forma de material permanente e material de consumo.

Dentro de material permanente situamos o equipamento e instrumental.

Neste trabalho não nos detemos na apresentação dos recursos materiais, pois já foram referidos no Programa-Piloto de Higiene Dentária Escolar (16).

Além disso, este aspecto fica sujeito as condições de cada serviço de odontologia.

4.2.3 — Capacidade de produção —

Por não se dispor, em nosso meio, de dados para cálculo da capacidade de produção, somos obrigados a lançar mão de dados conhecidos, como os citados por Chaves (6).

Posteriormente, quando de posse dos dados obtidos no próprio programa, poderemos replanejá-lo, de vez que este não é estático podendo ser reajustado periodicamente.

Os dois profissionais trabalhando três horas diárias, em vinte dias no mês e, anualmente, onze meses,

poderão realizar 3124 restaurações/ano.

Este cálculo é assim realizado: Tempo total de trabalho diário — 3 horas ou 180 minutos.

Deduzindo 25% de tempo perdido (7) — 135 minutos/dia.

Em cinco dias — 675 minutos/semana.

Em quatro semanas — 2700 minutos/mês.

Em onze meses — 29700 minutos/ano.

Tempo útil de trabalho anual — 29700 minutos/profissional.

Conhecendo um dado referido por Klein (24) de que o tempo gasto para restaurar um dente — que segundo Knutson (26) corresponde a duas superfícies — é de 38 minutos, concluímos que, com 29.700 minutos anuais, um profissional poderá realizar 1.562 restaurações (superfícies)/ano. Com dois profissionais será possível fazer-se 3124 restaurações/ano.

4.2.4. — Sistema de trabalho —

Conhecidas as necessidades atuais e futuras; conhecidos os recursos humanos e materiais e conhecida a capacidade de produção, planejamos o programa-piloto.

Os recursos disponíveis, insuficientes para a solução do trabalho acumulado, levam-nos a pensar em adotar um sistema de trabalho que, conservada a mesma produtividade, aumente o rendimento à custa da redução das necessidades.

Este sistema, conhecido por Sistema Incremental, visa no primeiro

ciclo satisfazer as necessidades acumuladas do grupo de menor idade, já que é o grupo que apresenta menor volume de trabalho. Nos ciclos subsequentes atende apenas o incremento de cárie dentária.

A utilização do sistema incremental, implica na existência de uma fase de tratamento e de uma fase preventiva — aplicação tópica — para redução da incidência da cárie dentária.

4.2.5 — Análise de custos e benefícios —

Na análise de custos e benefícios procura-se avaliar os efeitos econômicos de um programa (21).

Sua importância está em se saber se os recursos financeiros que se dispõe, serão bem aplicados e se trarão os benefícios esperados.

A análise de custos e benefícios permitirá a elaboração de um programa economicamente atraente. (22)

4.3 — Estabelecimento de objetivo

Tendo-se equacionado as necessidades do grupo com os recursos existentes na comunidade, estabeleceremos o objetivo do programa.

Para isto, torna-se necessário que tenhamos presente um princípio, já defendido e amplamente estudado na ciência filosófica, por Stuart Mill, que diz: «o bem, deve ser medido em termos de O MAIOR BEM PARA O MAIOR NÚMERO DE INDIVÍDUOS» (23).

A observação deste princípio filosófico, também **Princípio Geral da Odontologia Sanitária**, implica

em estabelecermos o **BENEFÍCIO RAZOÁVEL**, visto que todo programa de Saúde Pública apresenta um conceito bi-dimensional: Extensão (número de indivíduos beneficiados) e profundidade (tipos de serviços prestados).

O objetivo do programa será portanto, obedecendo o princípio citado, beneficiar o maior número possível de crianças, dentro das disponibilidades de recursos existentes na comunidade.

4.4 — Análise operacional —

Estabelecidos os índices CPO-D, índices ceo, trabalho acumulado, incremento anual e capacidade de produção, planejamos o programa de ação.

Este programa, em função das necessidades e dos recursos existentes, poderá apresentar várias alternativas ou hipóteses de solução para o problema.

Posteriormente terão que ser analisadas, para se selecionar aquela que permitirá atingir o objetivo do programa — **MAIOR BENEFÍCIO PARA O MAIOR NÚMERO DE CRIANÇAS**.

Uma das diretrizes do Programa Piloto de Higiene Dentária Escolar (14), é a que entende como tratamento completo por criança, a que recebe restauração e extração, quando indicado, em dentes permanentes e decíduos.

Devido a esta diretriz, planejaremos inicialmente um programa incremental com cobertura gradual e ciclo fixo anual, independente da capacidade dos profissionais. Esta atitude visa mostrar, de uma ma-

neira realística, a mão de obra necessária a ser dispendida no atendimento de todo o grupo de crianças, se obedecida a diretriz anteriormente mencionada.

PROGRAMA DE AÇÃO —

Alternativa I —

Participarão do programa tôdas as crianças da escola, sendo atendido o trabalho acumulado das crianças de 7 anos que ingressam na escola e, o incremento anual das demais crianças. Entretanto, como entram na escola crianças com 8 anos de idade, estas também receberão tratamento do trabalho acumulado.

Para efeito de planejamento fixamos todos os dados, eliminando assim, as inúmeras variáveis que nos impediriam de qualquer previsão. Devido a isto nosso programa deverá ser reajustado periòdicamente.

No primeiro ano de aplicação do programa, serão atendidas as 220 crianças de 7 anos com trabalho acumulado. No segundo ano, atenderemos o trabalho acumulado das novas crianças de 7 anos que ingressam na escola, que admitimos serem 220 com o mesmo trabalho acumulado e, daremos tratamento de manutenção às 220 crianças que agora têm 8 anos, além de trata-

mento das necessidades acumuladas de 10 crianças de 8 anos, que, também ingressam na escola.

Assim, seguiremos, até atingir as crianças de 14 anos conforme demonstra a TABELA VIII anexa.

Pelo planejamento realizado, podemos deduzir que:

1º — dois profissionais com capacidade de 3124 restaurações/ano, sòmente poderão levar o programa até o segundo ano, dando tratamento a 220 crianças de 7 anos e a 220 de 8 anos de idade;

2º — para que seja possível dar cobertura à tôdas as crianças de 7 à 14 anos, serão necessários três profissionais com três horas diárias cada um e com capacidade, já calculada, de 1562 restaurações/ano/profissional;

3º — se desejarmos, com os recursos que dispomos, dar cobertura à crianças de 7 à 14 anos de idade, teremos de adotar uma das seguintes alternativas:

Alternativa II —

Dar menor cobertura, incluindo no programa apenas 750 crianças (7-14 anos) e, baseado na capacidade conhecida, resolver o problema segundo a TABELA IX a seguir:

TABELA VIII

Planejamento de um programa incremental, para 1070 crianças escolares de 7 a 14 anos de idade, com cobertura gradual e ciclo fixo anual.

PROGRAMA PILÔTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR

— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Ano de Aplicação do Programa	Idade	Nº de Crianças	T. A. P.	T. A. D.	I. A.	TOTAL
1º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
2º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	10	60	62	—	122
	Total	450	1116	1798	334	3248
3º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	Total	656	1116	1798	631	3543
4º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	10	176	—	—	444	444
	Total	832	1116	1798	1075	3989
5º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	10	176	—	—	444	444
	11	118	—	—	439	439
	Total	950	1116	1798	1514	4428
6º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	10	176	—	—	444	444
	11	118	—	—	439	439
	12	74	—	—	274	274
	Total	1024	1116	1798	1788	4702
7º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	10	176	—	—	444	444
	11	118	—	—	439	439
	12	74	—	—	274	274
	13	30	—	—	55	55
	Total	1054	1116	1798	1843	4757
8º ano	7	220	1056	1736	—	2792
	8	220	—	—	334	334
	8	10	60	62	—	122
	9	206	—	—	297	297
	10	176	—	—	444	444
	11	118	—	—	439	439
	12	74	—	—	274	274
	13	30	—	—	55	55
	14	16	—	—	36	36
	Total	1070	1116	1798	1879	4793

TABELA IX

Planejamento de um programa incremental, para 750 crianças de 7 à 14 anos de idade, com cobertura gradual e ciclo fixo anual. Capacidade do programa — 3124 restaurações/ano.

PROGRAMA PILOTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÓRTO ALEGRE — 1963 —

Ano de Aplicação do Programa	Idade	Nº de Crianças	T.A.P.	T.A.D.	I.A.	TOTAL
1º ano	7	128	614	1011	—	1625
	8	123	738	758	—	1496
	Total	251	1352	1769	—	3121
2º ano	7	128	614	1011	—	1625
	8	128	—	—	195	195
	9	123	—	—	177	177
	9	5	37	20	—	57
	10	98	835	233	—	1068
Total	482	1486	1264	372	3122	
3º ano	7	128	614	1011	—	1625
	8	128	—	—	195	195
	9	128	—	—	184	184
	10	128	—	—	323	323
	11	98	—	—	365	365
	11	20	224	17	—	241
	12	13	190	2	—	192
Total	643	1028	1030	1067	3125	
4º ano	7	128	614	1011	—	1625
	8	128	—	—	195	195
	9	128	—	—	184	184
	10	128	—	—	323	323
	11	118	—	—	439	439
	12	74	—	—	274	274
	13	13	—	—	24	24
	13	3	58	—	—	58
Total	718	672	1011	1439	3122	
5º ano	7	128	614	1011	—	1625
	8	128	—	—	195	195
	9	128	—	—	184	184
	10	128	—	—	323	323
	11	118	—	—	439	439
	12	74	—	—	274	274
	13	30	—	—	55	55
	14	16	—	—	36	36
Total	750	614	1011	1506	3131	

T.A.P. — Trabalho acumulado em dente permanente

T.A.D. — Trabalho acumulado em dente decíduo

I.A. — Incremento anual

Alternativa III —

Adotar a medida mais justificável, que obedece ao «Princípio Geral da Odontologia Sanitária: O MAIOR BENEFÍCIO PARA O MAIOR NÚMERO DE CRIANÇAS».

Poderemos dar maior cobertura restaurando, apenas, dentes permanentes. Não querendo isto dizer que os dentes decíduos não mereçam atenção. Procuramos tão somente estabelecer uma questão de prioridade, em função dos recursos escassos que dispomos.

Se restaurarmos, apenas dentes permanentes, poderemos dar cobertura às 1070 crianças, em vez de 750 do programa anterior.

Justificamos ainda, a adoção desta prioridade, com outros argumentos: 1º — apresentar restaurações em termos de anos-dentes. Para esclarecer este argumento, temos que, se os recursos disponíveis permitissem a elaboração de um programa que atendesse dente permanente e decíduos teríamos uma situação quase ideal.

Entretanto como esta não é a realidade, somos forçados a escolher o MENOR MAL. Quer isto dizer que não defendemos a prioridade de atendimento aos dentes permanentes, por julgar que os dentes decíduos não mereçam atenção.

Procuramos, já que os recursos não nos permitem tal extensão de programa, o que seria mais justo para o grupo de crianças sob nos-

sa responsabilidade — beneficiar um grande número de crianças, dando tratamento a dente permanente do que atender um menor número, restaurando dente permanente e decíduo.

Se nos detivermos nas tabelas III e IV veremos que a maior incidência de cárie nos dentes decíduos ocorre aos 7 anos; a partir desta idade, o número de dentes temporários começa a reduzir-se, chegando a desaparecer aos 13 anos devido a esfoliação natural e perda precoce.

Já nos dentes permanentes, observamos um baixo número de dentes CP0 aos 7 anos, aumentando gradativamente, chegando ao máximo, em nosso caso, na idade de 14 anos.

Seria justificável portanto, que sendo os recursos escassos, fôssemos restaurar um dente decíduo que permaneceria na cavidade oral apenas 4 ou 5 anos mais, deixando de restaurar um dente permanente, que provavelmente terá uma duração de 40 ou 50 anos na cavidade bucal?

2º — é mais prejudicial a perda de um primeiro molar permanente do que a perda precoce de um dente decíduo;

3º — será justificável que uma criança perca seus molares permanentes para que outra criança não venha a ter mal-oclusão, por falta de tratamento de dente decíduo?

Na TABELA X abaixo esboçamos o planejamento para 1070 crianças, de acordo com o «Princípio Geral da Odontologia Sanitária».

TABELA X

Planejamento de um programa incremental, para 1070 crianças escolares de 7 a 14 anos de idade, com cobertura gradual a ciclo fixo anual.

Capacidade do programa — 3124 restaurações/ano
PROGRAMA PILÓTO DE HIGIENE DENTÁRIA ESCOLAR
— PÔRTO ALEGRE — 1963 —

Ano de Aplicação do Programa	Idade	Nº de Crianças	T. A.	I. A.	TOTAL
1º ano	7	220	1056	—	1056
	8	230	1380	—	1380
	9	94	688	—	688
	Total	544	3124	—	3124
2º ano	7	220	1056	—	1056
	8	220	—	334	334
	8	10	60	—	60
	9	206	—	297	297
	10	94	—	237	237
	10	82	699	—	699
	11	39	438	—	438
Total	871	2253	868	3121	
3º ano	7	220	1056	—	1056
	8	220	—	334	334
	8	10	60	—	60
	9	206	—	297	297
	10	176	—	444	444
	11	118	—	439	439
	12	39	—	144	144
	13	18	347	—	347
Total	1007	1463	1658	3121	
4º ano	7	220	1056	—	1056
	8	220	—	334	334
	8	10	60	—	60
	9	206	—	297	297
	10	176	—	444	444
	11	118	—	439	439
	12	74	—	274	274
	13	30	—	55	55
	14	16	—	36	36
	Total	1070	1116	1879	2995

T.A. — Trabalho acumulado

I.A. — Incremento anual.

Alternativa IV —

Todo o programa incremental deve ser difásico para que possamos aumentar ao máximo o rendimento, independente de recursos humanos e materiais. Naturalmente não podemos pensar em planejar um programa a longo prazo, sem modificarmos os recursos para que se possa dar maior cobertura.

Entretanto, no trabalho a curto prazo, êsses se mantêm constantes, o que nos leva a adotar outras medidas, que reduzindo ainda mais as necessidades, aumente o número de indivíduos beneficiados.

Assim sendo, com a adoção da medida — aplicação tópica de fluoreto de sódio à 2% — poderemos contar, com a redução da incidência da cárie da ordem aproximada de 40% em média.

A realização de um plano que atendesse êste aspecto seria baseado na técnica de Knutson (25), diferindo apenas, que as aplicações seriam anuais e não aos três, sete, dez e treze anos como preconiza êste autor.

Esta técnica de Knutson modificada, é por nós aconselhada em virtude dos resultados obtidos no programa desenvolvido na cidade de Aimorés (20).

O pessoal terá que ser auxiliar, uma vez que não seria justo deslocar um profissional, em um meio em que os recursos humanos e econômicos são escassíssimos, para realizar a tarefa de aplicar tópicamente o flúor, em serviços de Saúde Pública (10).

A descentralização do serviço permitirá elevar a produtividade, reduzir os custos e beneficiar um maior número de crianças.

Admitindo-se que a aplicação desta fase do programa atinja seu objetivo, pode-se, baseados em dados obtidos em Aimorés (18), esperar uma redução acentuada no volume de trabalho.

Esta redução permitirá o atendimento de tôdas as crianças (1070), por apenas um profissional bem orientado e integrado no programa, podendo-se deslocar o outro profissional para uma segunda unidade escolar.

5.0 — CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que, apesar dos esforços empreendidos para apresentar um programa racional, haverá resistência por parte de indivíduos e grupos interessados na não execução do programa.

Esta reação, que ocorre em todos os setores públicos, dão-nos o panorama tristonho de perda das características de ação que deveriam estar investidos os órgãos de operação (34).

Tais grupos opõem resistência quase inexpugnável à aquêles que procuram inculcar às organizações, um planejamento que importe em melhor utilização do pessoal disponível, na solução dos problemas da comunidade com o mínimo de energia, tempo e recursos financeiros.

Sòmente poderemos esperar re-

sultados notáveis traduzidos em termos de benefício prestado a comunidade, se pudermos planejar conscientemente à luz da realidade da comunidade.

Assim sendo, será possível definir, adequadamente, os objetivos da organização, analisar as diretrizes, procedimentos e regras para atingir êstes objetivos.

Foderemos também definir os limites e as responsabilidades funcionais; estabelecer padrões e normas de execução, e elaborar um sistema de supervisão e controle.

Possível será a utilização de pessoal capaz para a execução do programa, selecionando-o, treinando-o e cingindo-o às funções específicas do programa.

Normas, regras e instruções de serviço, poderão ser emitidas.

Finalmente, a possibilidade de modificação, aperfeiçoamento e reajustamento do programa às necessidades da comunidade.

6.0 — CONCLUSÕES —

1. Um programa piloto somente atingirá seus objetivos se fôr adequadamente planejado.

2. O planejamento dinâmico dos programas de Saúde Pública possibilita o melhor equacionamento das necessidades com os recursos existentes na comunidade e, permite a correção das estimativas futuras.

3. Ao planejar um programa de Odontologia Sanitária, o planejador deve se sujeitar à princípios doutrinários pois, o seu programa visa

sempre a comunidade, e nesta todos devem receber o maior benefício.

4. Todo Serviço Odontológico poderá executar um programa de higiene dentária com pessoal de seu próprio quadro, desde que lhe dê orientação sobre a filosofia do programa e treinamento para o tipo de trabalho à desenvolver.

5. A hipótese de solução do problema cárie dentária — alternativa IV — é a mais aceitável para um programa piloto de higiene dentária escolar, que tenha as mesmas condições de Pôrto Alegre.

6. A perfeita análise operacional levará o planejador a analisar melhor as hipóteses de solução dos problemas.

7. A determinação do objetivo e da política do serviço orientará a seleção da hipótese de solução do problema.

SYNOPSIS

The importance of planning in an incremental care program is discussed.

Data of a caries survey is used to determine the amount of treatment needed in a group of school children in Pôrto Alegre City. Information on resources are compared with treatment needs.

Some hypotheses to solve the problem of dental care are proposed.

A specific program plan is selected having in mind the objectives and policy of the department.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BLACKBERBY, P.E. — Why do not a department of social dentistry? *Journal of Dental Education*, Chicago, 24: 197-200, 1960.
2. CHAVES, M.M. — *Manual de odontologia sanitária* São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1960. v. 1.
3. ————— — op. cit., p. 26 v. 1.
4. ————— — op. cit., p. 44 v. 1.
5. ————— — *Odontologia sanitária*. Washington, Organiza-
cion Panamericana de la Salud, 1962. p. 30.
6. ————— — op. cit., p. 252.
7. ————— — op. cit., p. 253.
8. ————— — op. cit., p. 387.
9. ————— — Necesidad de una consciencia sanitaria y
preventiva en el professional. *Boletín de la Oficina Sanitaria
Panamericana*, Washington, 48: 305-315, 1960.
10. CHAVES, P.O. — *Odontologia em saúde pública*. *Revista Gaúcha
de Odontologia*, Pôrto Alegre, 2: 40-46, 1957.
11. ————— & LACERDA, J.L.S. — *Resultado de dois anos
de programa «pilôto» de higiene dentária escolar*, Bagé. Tra-
balho apresentado no 2º Congresso Sul Riograndense de Hi-
giene. Pôrto Alegre, set. 1959.
12. DINIZ, J. — O Serviço dentário escolar nas unidades sanitárias
do SESP, demonstração em Pesqueira, Pe, out. 1957. In: Bra-
sil. Serviço Especial de Saúde Pública. *Estudos médico-sani-
tários do Nordeste*. 1960 (Série C, n. 2)
13. ————— & MAGALHÃES, B. — Planejamento de um pro-
grama de Higiene Dentária Escolar na cidade de Olinda, Pe.
In: Brasil. Serviço Especial de Saude Pública. *Estudos mé-
dicos-sanitários do Nordeste*. 1960. (Série C, n. 7)
14. FOSSATI, G. — Programa pilôto de higiene dentária escolar.
Revista da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre, 4:
89-119, 1962.
15. ————— — op. cit., 4: 94, 1962.
16. ————— — op. cit., 4: 101-103, 1962.
17. FRANKEL, P.S. & CHAVES, M.M. — Princípios básicos para
a organização de um serviço dentário escolar. *Revista Brasi-
leira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 59: 235-248, 1952.
18. FREIRE, P.S. — A Odontologia sanitária na idade escolar.
Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, 18: 156-
163, 1960.

19. ————— & LOURES, O.F. — Organização de um programa dentário escolar em base incremental. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9: 307-325, 1957.
20. ————— & ————— — op. cit., 9: 309, 1957.
21. FRIEDMANN, J.R.P. — Introdução ao planejamento regional. *Caderno de Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 51: 115, 1960.
22. ————— — op. cit., 51: 116, 1960.
23. FROST, Jr.S.E. — Ensinamentos básicos dos grandes filósofos. São Paulo, Cultrix, 1961. p. 105.
24. KLEIN, H. et alii — Dentist time required to perform dental operations. *Journal of American Dental Association*, Chicago, 35: 153-160, 1947.
25. KNUTSON, J.W. — Sodium fluoride solutions: technic for applications to the teeth. *Journal of American Dental Association*, Chicago, 36: 37-39, 1948.
26. ————— — Epidemiological trend patterns of dental caries prevalence data. *Journal of American Dental Association*, Chicago, 57: 821-829, 1958.
27. KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. — Princípios de administração. São Paulo, Pioneira, 1962. p. 63. v. 1.
28. ————— & ————— — op. cit., p. 72. v. 1.
29. ————— & ————— — op. cit., p. 491. v. 2.
30. ————— & ————— — op. cit., p. 518. v. 2.
31. ————— & ————— — op. cit., p. 519. v. 2.
32. LAW, F.E. et alii — Studies on dental care services for school children; first and second treatment series. *Public Health Report*, Woonsocket 68: 1192-1198, 1953.
33. ————— — Studies on dental care services for school children; third and fourth treatment series. *Public Health Report*, Woonsocket, 70: 402-409, 1955.
34. PERSON, H.S. — Execução planejada. *Caderno de Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 34: 16-19, 1955.
35. ROBINSON, H.B.G. — A Department of social dentistry: implications to public health practice. *Journal of Dental Education*, Chicago, 24: 206-208, 1960.
36. RYAN, K.J. — Incremental care programs for children. *Journal of American Dental Association*, Chicago, 64: 35, 1962.
37. WATERMANN, G.E. & KNUTSON, J.W. — Studies on dental care services for school children; first and second treatment series. *Public Health Report*, Richmond, 68: 583-589, 1953.

38. _____ & _____ — Studies on dental care services for school children; third and fourth treatment series. **Public Health Report, Richmond, 69: 247-254, 1954.**
39. YONG, W.O. — How would incremental care programs for children work. **Journal of the American Dental Association, Chicago, 64: 39-44, 1962.**