



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Thamyris de Souza Carvalho

**Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no
manejo da cárie dentária**

Araraquara

2018



UNESP - Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Thamyris de Souza Carvalho

**Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no
manejo da cárie dentária**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas, na Área de Odontopediatria.

**Orientador: Profa. Dra. Elaine Pereira da
Silva Tagliaferro**

Araraquara

2018

Carvalho, Thamyris de Souza

Estudo transversal sobre a prática clínica dos
odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária /
Thamyris de Souza Carvalho. – Araraquara: [s.n.], 2018

71 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) –
Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia
Orientadora: Profa. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

1. Cárie dentária 2. Inquéritos e questionários
3. Odontólogos I. Título

Thamyris de Souza Carvalho

**Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no
manejo da cárie dentária**

Comissão julgadora

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Odontológicas-
Área de Odontopediatria**

Presidente e orientador: Profa. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

2º Examinador: Prof. Dr. Fabiano Jeremias

3º Examinador: Profa. Dra. Hérica Adad Ricci Donato

Araraquara, 09 de Março de 2018.

DADOS CURRICULARES

Thamyris de Souza Carvalho

NASCIMENTO: 01/04/1990 – Bambuí - MG.

FILIAÇÃO: Eugênio Pacelli de Carvalho e Kaylan Passos de Souza

Formação acadêmica:

2009 - 2015: Curso de graduação

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM

2016: Curso de especialização em Odontologia Antroposófica (em andamento)

Instituição de Odontologia Integral Antroposófica - IDEIA

2016-2018: Curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de concentração em Odontopediatria, nível Mestrado, Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

Dedico este trabalho...

A **Deus**, por sempre ter me amparado e me iluminado nas horas que mais precisei. Muito obrigada pelas graças alcançadas e por ter me dado forças de chegar até aqui.

Ao meu pai **Eugênio**, que não está mais aqui conosco nesta vida Terrena, mas que sei que está orgulhoso de ver sua filha vencer mais uma etapa. A saudade é constante, mas vivem em mim as lembranças de carinho e apoio que sempre me foram dadas.

À minha querida e amada mãe **Kaylan**, que sempre lutou para que nós tivéssemos a melhor educação e estudo e hoje mãe, sei que graças a você e seu esforço, estou me tornando uma Mestra!! Muito obrigada por nunca ter desistido de mim, por ser meu porto seguro e minha constante inspiração.

Aos meus irmãos **Marcus** e **Eugênio Henrique**, pela lealdade, amizade e apoio em toda a jornada.

Aos meus avós, **Ciro** e **Neli**, meus exemplos de garra e determinação. Obrigada por sempre terem acreditado em mim e me colocarem nas suas orações.

Aos meus **tios** e **primos**, pela força, presença e suporte.

À querida amiga **Renata Ribeiro**, por sempre ter sido a minha alavanca de mudanças e sucesso, por ter me mostrado novas possibilidades e ter acreditado que eu poderia ir sempre mais. Minha eterna gratidão.

Às amigas **Kátia Cardoso**, **Renata Ribeiro** e **Thaís Marchi** por terem convivido comigo na “morada do sol”, pela atenção, amizade e experiências compartilhadas.

À minha amada dupla nipônica **Lana Kei** pela amizade e apoio incondicional. Muito obrigada por toda a ajuda, carinho e por ter feito meus dias mais calmos e

tranquilos. Você fez com que meu fardo ficasse muito mais leve. Gratidão. Também a sua querida família, por terem sido presentes e muito especiais.

Aos colegas e amigos do mestrado **Isadora Martinelli, Juliana Sardella, Lana Kei Yamamoto, Paula Zenaro e Rafael Amorim**, pela contribuição, assistência e pelos momentos de alegrias.

Às amigas que a Unesp me deu **Bárbara Araújo, Lana Kei Yamamoto, Luiza Gioster, Natalia da Ponte, Renata Ribeiro e Taisa Pansani**, muito obrigada pelas risadas e momentos únicos que passamos juntas. Vocês moram no meu coração.

Aos amigos mineiros, em especial a **Vanessa Morato**, pela preocupação, atenção, torcida e por ser meu escudo e meu amparo. Minha eterna gratidão pela nossa sincera e leal amizade.

Aos meus presentes de vida e do Vale do Jequitinhonha **Maria Paula Gandra**, pela amizade e por ter sido e ser companheira de todos os momentos, desde a matrícula da UFVJM, e a **Rafaela Lopes**, por ser amiga, pela constante torcida. Tenho muito orgulho de ser também sua amiga na profissão. Vocês são únicas no meu destino e são muito especiais.

Em especial, aos colegas cirurgiões-dentistas e pesquisadores, **Cláudia Nakandakari, Diego Bussaneli, Fabiano Jeremias, Jorge Léon, Lana Kei e Luciana Yamamoto** por todo apoio durante a minha trajetória na pós-graduação. Vocês foram fundamentais para minha formação. Muito obrigada!!

À minha orientadora, **Elaine Tagliaferro**, por ter aberto as portas para que eu começasse meus estudos na pós-graduação, pelo aprendizado, confiança e atenção.

Agradeço a todos que de alguma forma torceram e torcem por mim!!

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, na pessoa de seu Magnífico Reitor Prof. Dr. Sandro Roberto Valentini e Vice-Reitor Prof. Dr. Sérgio Roberto Nobre.

À Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr - Unesp, na pessoa de sua Diretora Profa. Dra. Elaine Maria Sgavioli Massucato e de seu Vice-Diretor Prof. Dr. Edson Alves de Campos.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da FOAr - Unesp, representado pela Coordenadora Profa. Dra. Fernanda Lourenção Brighenti e Vice-Coordenadora Profa. Dra. Alessandra Nara de Souza Rastelli.

Ao Departamento de Clínica Infantil da FOAr - Unesp, representado pela Chefe de Departamento Profa. Dra. Lídia Parsekian Martins e Vice-Chefe, Profa. Dra. Elisa Maria Aparecida Giro.

Aos professores da disciplina de Odontopediatria da FOAr - Unesp, Profa. Dra. Ângela Cristina Cilense Zuanon, Prof. Dr. Cyneu Aguiar Pansani, Profa. Dra. Elisa Maria Aparecida Giro, Prof. Dr. Fábio Cesar Braga de Abreu-e-Lima, Profa. Dra. Fernanda Lourenção Brighenti, Profa. Dra. Josimeri Hebling Costa, Profa. Dra. Lourdes Aparecida Martins dos Santos-Pinto e Profa. Dra. Rita de Cássia Loiola Cordeiro.

Aos colegas do curso de pós-graduação em Ciências Odontológicas - Área Odontopediatria, em especial as amigas **Ana Carolina Bosco** e **Natália Domingues** por todo apoio e carinho.

Aos funcionários do Departamento de Clínica Infantil e aos pacientes atendidos na Clínica Infantil.

Aos funcionários da biblioteca, em especial a amada **Ana Cristina**, por ser minha confidente, amiga e ter me dado suporte sempre que precisei. Minha eterna gratidão.

À secretaria de Pós-graduação e a toda equipe técnica da Diretoria Técnica de Informática, em especial a querida **Keila Zanin**, pela sua notável colaboração, por ter sido tão prestativa e disposta a ajudar no que fosse necessário para o andamento da pesquisa. Muito obrigada.

Ao Departamento de Odontologia Social da FOAr - Unesp, representado pela Chefe de Departamento Profa. Dra. Patrícia Petromilli Nordi Sasso Garcia e Vice-Chefe, Prof. Dr. Maurício Meirelles Nagle.

A todo o corpo docente do Departamento de Odontologia Social da FOAr-Unesp, em especial a **Profa. Dra. Livia Nordi Dovigo** e ao **Prof. Dr. Silvio Rocha Corrêa da Silva**, por toda a paciência e empenho em ensinar peças chaves usadas na pesquisa.

A todos os funcionários do Departamento da Odontologia Social, e principalmente a **Gláucia Figueira** por sua alegria e nunca medir esforços em ajudar.

A **Profa. Dra. Valéria Gordan**, da *Dental Practice - Based Research Network* - DPBRN, pela autorização para utilizar o questionário "Assessment of Caries Diagnosis and Caries Treatment", e colaboração no desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs) de todos os Estados brasileiros, às fanpages ligadas a Odontopediatria e aos odontopediatras brasileiros voluntários que participaram da pesquisa, possibilitando a realização do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida.

Carvalho TS. Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária [dissertação de mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2018.

RESUMO

Grande parte dos avanços científicos demoram a ser incorporados na prática odontológica diária, cujo estudo pode contribuir para melhor compreender as características relacionadas a este processo. O objetivo desta pesquisa foi investigar a prática odontológica de odontopediatras brasileiros relacionada ao manejo da cárie dentária. Um questionário on-line com perguntas sobre diagnóstico, métodos utilizados para prevenir e/ou tratar a doença cárie e avaliação de risco (questões provenientes do questionário da *Dental Practice-Based Research Network*, já traduzido e adaptado para o português brasileiro), bem como informações sociodemográficas, de formação e atuação profissional, foi preenchido por 209 odontopediatras brasileiros. Os dados foram coletados no período de maio a dezembro/2017 e foram analisados por estatística descritiva, pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, bem como por Regressão Logística Binária (RLB), adotando-se um nível de significância de 5%. Os resultados mostraram que quase a totalidade dos participantes era do sexo feminino (92,3%), a idade média foi de 36 anos. A secagem com jato de ar em cárie primária (94,9%), o uso de radiografias no diagnóstico de cárie proximal (62,3%) e de sonda exploradora em lesões de cárie secundária (56,4%) foram os métodos de diagnóstico utilizados na maioria dos pacientes. Em relação a prevenção da doença, a aplicação tópica de flúor em consultório e o uso de selantes em superfícies oclusais tem sido indicados em 69,4% e 39,5% dos pacientes, em média, respectivamente. Para elaborar o plano de tratamento, o principal fator considerado pelos participantes foi a higiene bucal atual, seguida do comprometimento do paciente (ou responsável) de retornar para acompanhamento, da presença de cárie ativa e da dieta. Em relação ao tratamento da cárie, nos cenários clínicos com restaurações de resina ou amálgama com margens defeituosas, a maioria dos participantes decidiu por procedimentos preventivos e/ou restauradores conservadores, como o polimento, ou o reparo da restauração. Para os cenários de lesões oclusais em diferentes profundidades em molares permanentes, mostradas em fotos, a maioria dos profissionais decidiu por procedimentos preventivos em lesões envolvendo somente o esmalte, independente do risco de cárie do paciente e por procedimentos restauradores para lesões em dentina, atuando de forma mais conservadora em pacientes de baixo risco. Nas lesões de cárie proximais mostradas em radiografias, 18,1% e 52,1% dos participantes indicariam uma restauração para lesão em esmalte em paciente de baixo e alto risco, respectivamente. Cerca de 37,5% dos profissionais realizam a prevenção individualizada em todos os seus pacientes e 69,4% fazem avaliação de risco a cárie (ARC). Na RLB para ARC, os especialistas em odontopediatria ($p=0,027$), os participantes com atuação particular ($p=0,007$) ou com maioria de pacientes que pagam pelo serviço ($p=0,011$) apresentaram maior probabilidade de realizar ARC. Conclui-se que, para os odontopediatras brasileiros, o diagnóstico de cárie primária é realizado principalmente pelo exame visual e radiográfico e a prevenção é feita pela aplicação tópica de flúor. A maioria dos participantes realiza ARC, não troca restaurações com margens defeituosas, mas repara-as, usa procedimentos preventivos para tratar de lesões em esmalte e procedimentos restauradores para tratar de lesões em dentina, em especial em pacientes com risco de cárie moderado

ou alto. O perfil do profissional que realiza ARC é especialista em odontopediatria com atuação em consultório particular, prioritariamente.

Palavras – chave: Cárie dentária. Inquéritos e questionários. Odontólogos.

Carvalho TS. Cross-sectional study on the dental practice of Brazilian pediatric dentists in caries management [dissertação de mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2018.

ABSTRACT

Scientific advances are incorporated into the daily dental practice very slowly. The study of dental practice pattern can contribute to better understand the characteristics related to this process. The objective of this research was to investigate the dental practice of Brazilian pediatric dentists related to the management of dental caries. An online questionnaire with questions about diagnosis, methods used to prevent and/or treat dental caries and risk assessment (questions from the questionnaire of the Dental Practice-Based Research Network, translated and adapted to Brazilian Portuguese), as well as sociodemographic information, practice and professional profile, was answered by 209 Brazilian pediatric dentists. Data were collected from May to December/2017 and were analyzed by descriptive statistics, Chi-square or Fisher's Exact test, as well as by Binary Logistic Regression (BLR), with a 5% significance level. The results showed that almost all participants were female (92.3%), mean age was 36 years. Air-drying for primary caries (94.9%), radiographs for proximal caries (62.3%) and dental explorer for secondary caries (56.4%) were the most used methods for caries diagnosis. Regarding caries prevention, in-office fluoride application and dental sealants on the occlusal surfaces were indicated for 69.4% and 39.5% of patients, on average, respectively. When deciding on a treatment plan, the main factor considered by the participants was the current oral hygiene, followed by the patient's (or guardian's) commitment to return for follow-up, the presence of active caries lesion and diet. Regarding caries treatment, for clinical scenarios with resin or amalgam restorations with defective margins, the majority of participants decided on conservative preventive and/or restorative procedures, such as polishing or repairing the restoration. For occlusal lesions at different depths of permanent molars, shown in photos, most professionals decided on preventive procedures in lesions involving only the enamel, regardless of the patient's caries risk, and restorative procedures for dentin lesions, being more conservative in low-risk patients. For proximal caries lesions shown in radiographs, 18.1% and 52.1% of the participants would indicate a restoration for enamel lesions in low and high risk patients, respectively. About 37.5% of the professionals carry out individualized prevention in all their patients and 69.4% performed caries risk assessment (CRA). In BLR for CRA, pediatric dentistry specialists ($p = 0.027$), participants with a particular practice ($p = 0.007$) or with a majority of patients who paid for the service ($p = 0.011$) were more likely to perform CRA. It is concluded that, for Brazilian pediatric dentists, the diagnosis of primary caries is performed mainly by visual and radiographic examination and prevention is done by the in-office fluoride application. Most participants perform CRA, do not replace restorations with defective margins, but repair them, use preventive procedures to treat enamel lesions, and restorative procedures to treat dentine lesions, especially in patients at moderate and high caries risk. The professional profile of those who performs CRA is specialist in pediatric dentistry with practice in private practice, priority.

Keywords: Dental caries. Surveys and Questionnaires. Dentists

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PROPOSIÇÃO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
4 MATERIAL E MÉTODO	21
4.1 Aspectos Éticos	21
4.2 Desenho de Estudo	21
4.3 População de Estudo	21
4.4 Instrumento	22
4.5 Aplicação do Questionário	23
4.6 Análise dos Dados	23
5 RESULTADO	24
5.1 Informações Sociodemográficas, de Formação e Atuação dos Participantes da Pesquisa	24
5.2 Diagnóstico, Prevenção, Tratamento e Avaliação de Risco da Cárie.....	28
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APENDICES	53
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária, doença resultante do metabolismo dos carboidratos da dieta pela microbiota da boca¹, é a doença bucal mais comum na infância². Sua prevalência e severidade em crianças tem reduzido consideravelmente nas últimas décadas, tanto em nível nacional³, quanto internacional^{4,5}, em decorrência, principalmente, do acesso ao flúor, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público e do uso de dentifrícios fluoretados, bem como das melhores condições de higiene bucal e de condição de vida das comunidades⁶.

Entretanto, lesões cavitadas em dentes permanentes ainda atingem cerca de 35% da população mundial, como demonstrado pelo *The Global Burden of Disease (GBD) 2010 Study*⁷ e cerca de 621 milhões de crianças em todo o mundo ainda são afetadas por lesões cariosas não tratadas⁸. Além disso, existem grupos populacionais, caracterizados como sendo de baixo nível socioeconômico e de grupos étnicos específicos, que ainda apresentam altos níveis de cárie, os denominados grupos de polarização⁹.

Para contribuir com a melhora desta situação, políticas públicas direcionadas à promoção da saúde bucal e prevenção da cárie dentária devem ser prioritárias. No contexto individual, o cirurgião dentista (CD) deve atuar de forma efetiva no diagnóstico precoce, na prevenção adequada, de modo a impedir a instalação da doença, bem como realizar um tratamento restaurador conservador. O odontopediatra, em especial, tem a possibilidade de interagir com a criança e seus familiares, contribuindo para a ocorrência de mudanças na conduta relacionada à saúde bucal e a incorporações de hábitos saudáveis¹⁰.

Para exercer seu papel de forma eficiente, torna-se essencial que o CD tenha acesso e renove constantemente seu conhecimento científico. Contudo, estudos mostram que há uma lacuna entre a evidência científica e a prática clínica¹¹, além de um considerável atraso entre a produção do conhecimento e sua aplicação prática¹².

Com o propósito de melhorar o desempenho clínico e contribuir para reduzir a distância entre a produção científica e a sua aplicação, foi criada em 2002 uma rede de pesquisa baseada na prática odontológica (*Dental Practice-Based Research Network - DPBRN*) envolvendo dentistas e pesquisadores, inicialmente dos Estados Unidos, Escandinávia e Dinamarca¹³ e, posteriormente, no Japão¹⁴. Vários estudos têm sido conduzidos para investigar os padrões de prática em relação ao diagnóstico,

prevenção e tratamento da cárie dentária entre membros da DPBRN¹⁵⁻²². Os estudos já publicados evidenciam que o diagnóstico da cárie é feito de maneira rápida e precisa, por meio do exame clínico e radiográfico²⁰⁻²², que a prevenção da doença é realizada, principalmente, por meio das formas variadas de aplicação de flúor¹⁷⁻¹⁹ e que os tratamentos restauradores mais conservadores são realizados, em especial, por profissionais que fazem avaliação de risco de cárie e efetuam ações preventivas^{15,19,23}.

No Brasil, ainda são escassos os estudos sobre a prática odontológica em relação à cárie dentária^{24,25,26*} e não há relatos, segundo nosso conhecimento, do padrão de prática de odontopediatras no país. Assim, estudos em nível nacional, com clínicos gerais e especialistas, são necessários para conhecer o padrão das práticas odontológicas relacionadas ao principal problema de saúde bucal da população, a cárie dentária.

* Trabalho "Tradução e Adaptação Brasileira do Questionário 'Assessment of Caries Diagnosis and Caries Treatment'" submetido e aceito para publicação Revista Arquivos em Odontologia. 2018.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar, por meio de questionário on-line, a prática odontológica dos odontopediatras brasileiros relacionada ao manejo da cárie dentária.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão da literatura foi baseada em trabalhos publicados sobre a prática odontológica relacionada ao manejo da cárie dentária. Os artigos foram pesquisados em três idiomas (inglês, espanhol e português), utilizando-se as bases de dados PubMed/Medline e Bireme, com os seguintes descritores: cirurgião-dentista, inquéritos e questionários, cárie dentária, odontopediatras, no período de 2005 a 2017. Foram selecionados 24 artigos baseando-se na relevância do título e resumo, de um total de 40 estudos.

3.1 Redes de Pesquisas Baseadas nas Práticas

Nos últimos anos foram criadas Redes de Pesquisas Baseadas nas Práticas (PBRNs, sigla em inglês para *Practice-based Research Networks*) que são consórcios com o objetivo de causar grandes impactos na melhoria das atividades clínicas, além de tornarem eficazes os tratamentos e os atendimentos aos pacientes²⁷. Por meio das PBRNs, criam-se oportunidades e facilidades para atrair os profissionais em relação ao acesso e a participação nos estudos das redes. Portanto, torna-se, realmente “a prática baseada em evidência” de forma mais interessante para os profissionais²⁸ e ainda se criam diferentes interações de trocas de conhecimentos com as amplas práticas e filosofias existentes de diversas áreas, como pode acontecer também na Odontologia¹⁹.

Segundo Gilbert et al.²⁹, existem poucos estudos que relatam a estrutura e a função das PBRNs na área odontológica. Em 2004, o Instituto Nacional de Pesquisa Odontológica e Craniofacial (NIDCR) financiou a criação de redes de pesquisa baseada na prática odontológica, como a *Alabama Dental Practice Research*, que elaborou estudos ligados à área da endodontia. A criação da rede teve uma resposta muito positiva, devido principalmente a inscrição de dentistas em muitas regiões geográficas. Ainda em 2004, foi criada a *Dental Practice-Based Research Network* (DPBRN), também pela iniciativa do NIDCR, com o envolvimento da Universidade da Flórida, desenvolvendo pesquisas na área de odontologia restauradora. A DPBRN fez com que ocorresse a interação de dentistas nos Estados Unidos, nos estados do Alabama, Geórgia, Mississippi e também na Europa, na região da Escandinávia (Noruega, Suécia e Dinamarca). O princípio básico dos questionários de pesquisa das

DBPRNs são situações clínicas comuns no dia-a-dia dos dentistas membros da rede, cujas resoluções têm um maior potencial de melhora nas práticas clínicas diárias. Também foi criada a DPBRN no Japão¹⁴ para o auxílio no processo da comparação dos padrões das práticas internacionais através da representação das filosofias que são realizadas no país.

O desenvolvimento das redes de pesquisas baseadas nas práticas também é importante pois estudos mostram que há um “gap” entre as informações e as práticas dos profissionais. Fontana e Zero³⁰ demonstraram que a melhor forma de diminuir esse “gap”, seria por meio da educação odontológica, de forma que existiria uma maior comunicação entre a pesquisa e a prática diária e consequentemente, a adoção de condutas validadas para o diagnóstico e manejo da cárie dentária.

Assim, estratégias que envolvam e façam com que o cirurgião-dentista tenha acesso às novas informações e as coloquem em execução na sua prática odontológica são imprescindíveis. Clarkson³¹ salienta que quando o cirurgião-dentista se compromete em participar de pesquisas científicas e implantar estratégias que sejam relevantes para o exercício da profissão, inovações e bem-estar são oferecidas aos seus pacientes.

3.2 Prática Odontológica Relacionada ao Diagnóstico e Prevenção da Cárie Dentária na DPBRN

Em 2010 Riley et al.¹⁷ investigaram a prática de 467 membros da DPBRN sobre o uso de agentes preventivos em crianças e adultos. As questões envolvidas relacionavam-se ao uso de selantes, agentes fluoretados, enxaguantes bucais a base de clorexidina e goma de xilitol. Os autores verificaram que os dentistas recomendavam o uso domiciliar de fluoretos de forma semelhante para crianças e adultos, em especial aqueles que possuíam uma abordagem mais conservadora em relação ao tratamento das lesões cariosas. De um modo geral, os agentes preventivos para uso em consultório, selantes e agentes fluoretados foram indicados para ambos os grupos de pacientes, mas os dentistas com maior tempo de prática clínica eram menos predispostos a realizar aplicações de flúor em consultório e selantes em pacientes adultos, em comparação aos pacientes pediátricos.

Em 2013 Yokoyama et al.¹¹ realizaram um estudo com 282 dentistas vinculados a DPBRN no Japão, no qual investigaram a percepção dos dentistas sobre a

importância da dieta no planejamento do tratamento da cárie dentária. A maioria dos dentistas (63%) compreende que a dieta é muito importante para a saúde bucal, porém, apenas 48% (n= 56) fazem o aconselhamento dietético dos seus pacientes. Os autores salientam que ainda falta uma percepção por parte dos dentistas sobre a importância da dieta em relação a prevenção da cárie dentária e que é preciso diminuir os obstáculos que ainda existem na implementação na prática de aconselhamento dietético.

Também em 2013, Gordan et al.¹² realizaram uma pesquisa com 522 profissionais membros da DPBRN para avaliar os métodos utilizados em relação ao diagnóstico da cárie dentária, por meio de um questionário. De maneira geral, o uso da sonda exploradora foi o instrumento mais usado para o diagnóstico de cárie oclusal primária e também em regiões próximas a restaurações existentes. Entretanto, a fluorescência a laser foi o método de diagnóstico menos usado em lesões de cárie oclusal. A grande maioria dos profissionais (96%) utiliza radiografias em 75% a 100% das situações de cárie proximal. Os dentistas que utilizam as radiografias com uma maior regularidade na avaliação das superfícies dentais proximais posteriores foram significativamente mais propensos a fazerem avaliação de risco de cárie em seus pacientes.

Ainda em 2013, Yokoyama et al.³² avaliaram a prática de 282 dentistas membros da DPBRN, por meio de questionário, em relação a prevenção da cárie dentária. Cerca de 35% dos profissionais oferecem prevenção individualizada para mais da metade dos seus pacientes e ainda, os dentistas passam mais tempo de suas práticas fazendo ações preventivas do que restauradoras. As ações preventivas como instrução de higiene oral, utilização de flúor, orientações de dieta e tomadas radiográficas intraorais foram significativamente mais frequentes em dentistas que fazem a prevenção individualizada em relação aos profissionais que não a fazem.

Em 2015 Rindal et al.³³ investigaram a prática de 228 dentistas membros da DPBRN em relação ao diagnóstico de lesões cariosas primárias. Foram coletadas informações de 5.676 restaurações realizadas em 3.751 pacientes. Os resultados apontaram que as técnicas de diagnóstico mais comumente usadas para as lesões proximais posteriores foram a avaliação clínica mais radiografia (47%). A avaliação clínica, isolada, foi indicada para as seguintes situações: lesões oclusais posteriores (46%), superfícies livres em dentes anteriores (80%) e proximais anteriores (51%).

3.3 Prática Odontológica Relacionada ao Tratamento da Cárie Dentária na DPBRN

Gordan et al.¹⁶ realizaram um estudo com 901 dentistas membros da DPBRN sobre a decisão de tratamento para restaurações defeituosas com a possível presença de lesões cariosas. A maioria (52%) dos membros não interviria cirurgicamente quando se tratava de uma restauração de amálgama classe II em molar inferior. Em relação a uma restauração de resina composta com uma margem defeituosa localizada em dentina, a escolha de 65% dos participantes foi de substituição da restauração e para defeitos nas resinas encontradas em superfícies de esmalte, 49% também escolheram a substituição. Os autores apontam que, em geral, os tratamentos escolhidos variaram muito em relação aos cenários clínicos, à realização ou não rotineira de avaliação de risco da cárie e a região de atuação do dentista.

Em um outro trabalho de Gordan et al.³⁴ com membros da DPBRN, foi avaliada a decisão de tratamento para casos de cárie oclusal. Dos 519 participantes, 63% indicariam tratamento restaurador para lesões localizadas em superfícies internas do esmalte e 90% optariam por restaurar lesões presentes no terço externo da dentina, em indivíduos de baixo risco de cárie. Em relação aos pacientes que apresentavam alto risco de cárie, 77% restaurariam as lesões internas do esmalte e 94% as lesões localizadas em superfície externa da dentina. Os dentistas que não realizavam avaliação de risco de cárie dentária eram mais propensos a restaurar as lesões presentes em superfícies dentinárias.

Nascimento et al.³⁵ pesquisaram as razões de tratamento restaurador para lesões não cariosas. Os dados foram coletados de 178 dentistas que realizaram 1.301 restaurações, principalmente confeccionadas com resina composta. Cerca de 46% das lesões tratadas foram causadas por abrasão, abfração ou erosão (AAE) e 31% por fratura de dentes. Os pré-molares e dentes anteriores de pacientes com idade de 41 anos ou mais têm maiores chances de receberem restaurações causadas por AAE enquanto que os molares estão mais predispostos a receberem tratamento restaurador devido a fraturas dentárias.

Em 2012 Gordan et al.³⁶ realizaram um estudo com 197 dentistas da DPBRN, para determinar a propensão dos profissionais em substituir ou reparar uma restauração. Os seguintes aspectos foram incluídos na pesquisa: principal motivo de

reparação ou substituição, superfície(s) do(s) dente(s) envolvido(s), materiais utilizados nas restaurações e dados sociodemográficos dos pacientes. Os fatores associados a um perfil mais conservador, ou seja, à maior probabilidade de reparação em relação à substituição, foram: menor tempo de formado, pacientes mais velhos, dentes molares, e por fim, em situações em que o material restaurador original não era o amálgama. Das 9.484 restaurações avaliadas, 75% foram substituídas e 25% reparadas, indicando que os profissionais estavam mais propensos a substituir do que reparar a restauração, sendo a cárie secundária a razão mais comum para esse procedimento.

Kakudate et al.¹⁴ realizaram um estudo com 189 dentistas da DPBRN do Japão sobre a decisão de tratamento de lesões cariosas em superfícies proximais, demonstradas em radiografias, de pacientes com alto e baixo risco de cárie. Os resultados evidenciaram que 55,1% dos dentistas restaurariam as lesões de cárie em terço interno do esmalte em pacientes de alto risco de cárie. Em pacientes de baixo risco de cárie, 42,8% restaurariam lesões em superfície interna do esmalte e 42,8% em superfície externa da dentina. Os achados mostraram que as decisões para tratamento restaurador para as lesões cariosas primárias proximais diferem pelo risco da cárie.

Em 2013, o trabalho de Heaven et al.³⁷ investigou a decisão de tratamento para lesões cariosas primárias, secundárias oclusais e proximais, em pacientes de baixo e alto risco a cárie. Cinco situações clínicas hipotéticas foram apresentadas aos participantes com cárie em região oclusal (esmalte e dentina). Cinco radiografias com lesões cariosas em região proximal (esmalte e dentina), e três situações com restaurações existentes, duas de classe III em dentes anteriores e uma de classe I em molar inferior. Os profissionais reportaram restaurar entre 40% e 68% das lesões de cárie e reparar ou substituir entre 36 a 43% das restaurações existentes. Segundo os autores, os profissionais tiveram uma conduta mais conservadora em todas as situações clínicas hipotéticas.

Ainda em 2014, Kakudate et al.³⁸ fizeram um estudo transversal com 282 dentistas japoneses vinculados a DPBRN. Foram avaliadas as decisões de tratamento de lesões cariosas primárias oclusais e variáveis relacionadas. Os resultados mostraram que o tipo de prática e as horas trabalhadas pelos dentistas estavam associadas às decisões de tratamento restaurador em superfície interna do esmalte. Os profissionais que indicaram tratamentos restauradores para lesões cariosas

localizadas em face interna do esmalte foi significativamente maior em pacientes adultos (48%) em relação a pacientes pediátricos (34%). Os achados mostraram que a idade do paciente afeta a tomada de decisão dos profissionais em relação as intervenções restauradoras.

Ainda em 2016, Yokoyama et al.³⁹ pesquisaram a decisão de tratamento de 189 dentistas da DPBRN do Japão para 3 cenários hipotéticos com diferentes tipos de cavitações em superfície oclusal de um primeiro molar inferior em um paciente de 12 anos com alto risco a cárie. Os cenários 1 e 2 apresentavam, respectivamente, lesões no esmalte externo e interno e o cenário 3, uma lesão dentinária, localizada no terço externo da dentina. Os resultados mostraram que o uso de selante foi indicado para 20% dos casos do cenário 1, 26% para o cenário 2 e 16% para o cenário 3. Os autores também observaram que, de acordo com o cenário clínico hipotético apresentado, as indicações dos selantes foram muito baixas em relação à recomendação da Associação Dentária Americana.

3.4 Prática Odontológica Relacionada a Avaliação de Risco da Cárie Dentária na DPBRN

Em 2010, Riley et al.¹⁸ realizaram um estudo com 534 dentistas vinculados a DPBRN relacionado a prática odontológica e a avaliação do risco de cárie dentária. A pesquisa envolveu um questionário com perguntas sobre a avaliação de risco de cárie (ARC) em pacientes de 6 a 18 anos. Cerca de 73% dos participantes fazem ARC e 14% usam um formulário especial. Dentistas com predomínio da prática privada, faziam menos ARC, enquanto que os dentistas que trabalhavam em grupo, estavam mais predispostos a realizarem ARC. Os seguintes fatores foram considerados relevantes para a elaboração do plano de tratamento, em ordem decrescente: presença de lesões cariosas ativas, higiene bucal, diminuição do fluxo salivar. Segundo os autores, nem todos os profissionais fazem ARC e existe um grande número de dentistas que têm diferentes perspectivas da importância dessa avaliação no tratamento da cárie dentária.

Kakudate et al.²³ investigaram 189 dentistas da DPBRN do Japão sobre a importância dos fatores de risco de cárie quando da elaboração de um plano de tratamento de lesões cariosas. Segundo os achados, o fator de risco mais importante indicado pelos dentistas foi a higiene oral, ao passo que, o uso de produtos fluoretados

foi classificado como menos importante. Portanto, os autores aconselharam que os profissionais se aperfeiçoassem nos conceitos mais atuais de uso dos fluoretos ao desenvolver um plano de tratamento.

3.5 Prática Odontológica Relacionada ao Manejo da Cárie Dentária: Estudos Não Baseados em Redes de Pesquisa

Além dos trabalhos desenvolvidos pela Rede de Pesquisa Baseada na Prática Odontológica (DPBRN), outros estudos com dentistas, principalmente Odontopediatras também têm sido publicados.

Em 2008 Trueboold et al.⁴⁰ avaliaram a prática dos odontopediatras do estado do Texas, nos Estados Unidos, em relação a avaliação de risco a cárie dentária. Uma pesquisa contendo 20 perguntas foi respondida por 127 membros ativos da Academia de Odontopediatria do Texas. Dentre os participantes, 83% mencionaram que os pais aceitam orientações sobre fatores de risco de cárie. A maior parte dos profissionais (93%) faz a avaliação de risco, porém, 40% deles não fazem a documentação do status de risco da cárie dentária. Cerca de 70% gostariam de ter mais conhecimento sobre a avaliação de risco de cárie. Portanto, a educação continuada, a realização de mais estudos sobre os padrões da prática, além de uma maior documentação em relação a avaliação de risco da cárie dentária são aspectos importantes para os odontopediatras texanos.

Em 2012 Foley⁴¹ desenvolveu um estudo por meio de questionário on-line, para avaliar as decisões de tratamento de 32 pós-graduandos europeus da área de odontopediatria para diferentes lesões cariosas em primeiro molar decíduo, em pacientes ansiosos e não ansiosos. Quatro cenários clínicos com presença de lesão de cárie na região mésio-oclusal do dente 85, em uma criança de 5 anos de idade, foram apresentados aos participantes. As decisões de tratamentos não foram consistentes, várias condutas foram selecionadas para crianças não ansiosas com lesão cariosa e sem envolvimento pulpar. Porém, para um paciente ansioso, a metade dos pós-graduandos, decidiu pela técnica de Hall para um primeiro molar decíduo cariado e assintomático. Em dentes que apresentavam sintomas de envolvimento pulpar, a extração dental foi a escolha predominante entre os pós-graduandos, independente do grau de ansiedade dos pacientes. Em relação a técnica de Hall, vale mencionar que Innes e Evans⁴² apontam que existem atuais e crescentes evidências

de que existem técnicas restauradoras mais “biológicas” e menos invasivas para o tratamento de lesões cariosas na dentição decídua. Segundo esses autores, métodos biológicos são procedimentos que envolvem a remoção parcial da cárie, ou até mesmo a existência de técnicas onde não há nenhuma remoção do tecido cariado. A técnica de Hall é um exemplo dessa abordagem biológica, onde nela são usadas coroas pré-fabricadas em aço cimentadas diretamente no molar decíduo sem a remoção da lesão cariosa. Os ensaios clínicos, de modo geral, mostram que esses métodos apresentam vantagem na redução na incidência de exposições pulpares.

Varughese et al.⁴³ avaliaram as preferências de odontopediatras, membros ativos (n= 762) do Colégio Royal de Dentistas do Canadá e da Academia Americana de Odontopediatria, sobre as decisões clínicas relacionadas ao uso dos materiais restauradores diretos nos dentes posteriores em três grupos de pacientes: saudáveis, atrasados em desenvolvimento (AD) e crianças que tinham algum comprometimento médico (CM). Para os pacientes AD, o material elegido foi a coroa de aço inoxidável para a dentição decídua e a resina composta e o amálgama tiveram uma frequência semelhante para a dentição permanente. Para os indivíduos saudáveis e os CM, a resina composta foi o material preferido para as restaurações de classe I, II e III tanto para a dentição decídua, como para a dentição permanente.

Em 2016, Rechmann et al.⁴⁴ avaliaram as técnicas de manejo da cárie dentária entre 1.922 dentistas do estado da Califórnia, nos Estados Unidos, em relação a lesões cariosas proximais e oclusais. Cerca de 42,6% faziam restaurações em lesões cariosas localizadas na junção amelo-dentinária e 33,4% esperariam que a lesão atingisse até o terço externo da dentina para a confecção de uma restauração. O tipo tradicional da restauração classe II foi apontada como preferida entre os profissionais. Dentre os dentistas com menos de 20 anos de formado, 49,9% faziam restauração oclusal se houvesse envolvimento do terço externo da dentina e 42,6% restaurariam uma lesão cariosa presente no esmalte dentário. Uma grande variedade de decisões de tratamentos, bem como um grande número de profissionais com perfil pouco conservador foram observados entre os dentistas californianos.

Blumer et al.⁴⁵ investigaram a escolha de materiais restauradores entre 41 odontopediatras e 34 clínicos gerais israelenses. Os participantes preencheram um questionário com 23 itens com questões sobre as suas qualificações, o tipo de prática e preferência do material restaurador. De um modo geral, o material preferido foi o amálgama (49,3%), seguido da resina composta (41,3%) e cimento de ionômero de

vidro (5,3%). Dentre todos os materiais, os clínicos gerais preferiram o amálgama (70,6%) e apenas 13,3% dos participantes acreditam que tal material apresenta algum risco para saúde e para o meio ambiente.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Aspectos Éticos

As normas determinadas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram levadas em consideração na condução deste estudo. Todos os participantes foram esclarecidos da importância da pesquisa e de sua participação, que foi totalmente voluntária, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOAr/UNESP (protocolo CAAE: 61653616.5.0000.5416; parecer da aprovação 1.829.965; parecer da aprovação de emenda 2.278.140 - Anexos A e B).

4.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, em que foram coletados dados sobre a prática clínica relacionada ao manejo da cárie dentária, dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional de odontopediatras brasileiros, por meio de um questionário on-line (Anexo C e Apêndice A).

4.3 População do Estudo

A população do estudo compreendeu odontopediatras brasileiros que aceitaram participar da pesquisa. Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), há no país 8.318 odontopediatras⁴⁶. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter vínculo com a Odontopediatria (cursos de especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado na área, concluídos ou em andamento) e a autorização para participação na pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para acessar os odontopediatras, várias estratégias foram utilizadas. Primeiramente, todos os Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) de cada estado foram contatados para solicitar apoio na realização da pesquisa, por meio do envio de e-mail com o convite e o link para participação no estudo aos profissionais inscritos. Posteriormente, apoio na divulgação da pesquisa também foi solicitado a fanpages e páginas no facebook ligadas a odontopediatria como: Odontopediatria Baseada em Evidências; Odontopediatria Brasil; Odontopediatria em Evidência; Odontopediatria:

evidências para você; Politano: odontopediatria e ortodontia; Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria. Por fim, com uma lista de odontopediatras cooperados da UNIODONTO, de acesso livre, ligações telefônicas foram realizadas para solicitar e-mail dos profissionais.

Considerando o envio do convite pelos CROs e por e-mail, diretamente ao profissional, estima-se que 5.781 odontopediatras foram convidados a participar da pesquisa. Para este estudo, a amostra compreendeu 209 odontopediatras, de 19 estados brasileiros.

4.4 Instrumento

O instrumento para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, auto-aplicável, de preenchimento on-line, composto por 14 perguntas sobre perfil profissional (dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional) e 28 perguntas referentes à prática odontológica dos odontopediatras em relação ao diagnóstico da cárie, aos métodos utilizados para prevenir e/ou tratar a doença, a avaliação de risco, bem como a decisão de tratamento para alguns casos clínicos, provenientes do questionário da *Dental Practice-Based Research Network (DPBRN)* (Rede de Pesquisa Baseada na Prática Odontológica) que foi traduzido e adaptado para o português brasileiro²⁶, segundo metodologia de Guillemin et al.⁴⁷. Vale enfatizar que o questionário original contém 34 questões, para este estudo foram excluídas aquelas que dizem respeito ao atendimento de pacientes maior de 18 anos, uma vez que a população de estudo desta pesquisa são os odontopediatras brasileiros. Adicionalmente, alterações foram realizadas em questões envolvendo cenários clínicos hipotéticos, com a devida aprovação da responsável pelo questionário (Valéria Veiga Gordan, professora e diretora da *Dental Practice-Based Research*, Universidade da Flórida, Faculdade de Odontologia), de forma a contemplar situações clínicas compatíveis com o atendimento odontopediátrico.

O questionário utilizado no presente estudo foi construído e desenvolvido em uma página da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP. A metodologia de aplicação do instrumento bem como a compreensão das questões e alternativas de respostas foram avaliadas durante um pré-teste com 15 odontopediatras, que relataram, por escrito, a existência de dúvidas e incompreensão das questões, a fim

de identificar aquelas que necessitavam ser revisadas. O tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos.

4.5 Aplicação do Questionário

Os profissionais receberam por e-mail (Apêndice B) o convite para participação na pesquisa com informações sobre o objetivo e a importância do estudo, instruções para o preenchimento do questionário e link de acesso. A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2017.

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas. Testes de qui-quadrado (χ^2) foram realizados para avaliar a associação entre a variável dependente (avaliação de risco de cárie) e as variáveis independentes (idade, sexo, anos de formado, região, local de atendimento, em atuação, horas trabalhadas pelos profissionais, origem do paciente, etnia, gênero, estado civil, especialização, área da especialização, mestrado, área do mestrado, doutorado, área do doutorado, pós-doutorado, área do pós-doutorado idade da clientela e tipo de faculdade).

As variáveis independentes com nível de significância $p < 0,15$ foram selecionadas para a análise de regressão logística binária, estimando-se as razões de chance (odds ratio-OR) e respectivos intervalos de confiança. As variáveis mestrado, área do mestrado, doutorado e área do doutorado não foram incluídas nesta análise, pois não passaram no teste de colinearidade (tolerância abaixo de 0,1 e VIF- *Variation Inflation Factor* - acima de 10), que é um dos pré-requisitos para a análise de regressão. Para definição do modelo de análise final, iniciou-se a regressão logística com a variável independente com maior significância estatística na análise univariada, adicionando-se as demais em ordem crescente a partir do procedimento “ENTER” do programa SPSS for Windows 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

5 RESULTADO

Os resultados estão apresentados a seguir, agrupados nos seguintes tópicos: Informações sociodemográficas, de formação e atuação dos participantes da pesquisa e Diagnóstico, prevenção, tratamento e avaliação de risco de cárie.

5.1 Informações Sociodemográficas, de Formação e Atuação dos Participantes da Pesquisa

No presente estudo, foram recebidos 261 questionários. Destes, 52 foram excluídos, pois apresentavam duplicidade ou estavam sem preenchimento completo, totalizando 209 participantes. Considerando o número estimado de profissionais que receberam o convite ($n=5.781$), a taxa de resposta foi de 3,6%.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes da pesquisa. Os Estados com maior número de odontopediatras são em ordem decrescente: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul. O Estado com a maior taxa de resposta foi Rondônia com 33,3% dos dentistas inscritos no CRO estadual participando da pesquisa em relação a amostra total, os Estados com maior número de participantes foram: São Paulo (49,0%), Minas Gerais (13,9%), Rio Grande do Sul (7,2%).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o Estado, Brasil, 2017

Estado	Odonto- pediatras n	Proporção no Brasil %	Participantes n	Proporção no Estado %	Proporção na amostra %
Acre (AC)	10	0,12	0	0,00	0,00
Alagoas (AL)	61	0,74	4	6,56	1,92
Amapá (AP)**	14	0,17	0	0,00	0,00
Amazonas (AM)	79	0,96	3	3,80	1,44
Bahia (BA)	168	2,04	7	4,17	3,37
Ceará (CE)	137	1,66	5	3,65	2,40
Distrito Federal (DF)**	281	3,41	0	0,00	0,00
Espírito Santo (ES)	164	1,99	3	1,83	1,44
Goiás (GO)	319	3,87	3	0,94	1,44
Maranhão (MA)	58	0,70	0	0,00	0,00
Mato Grosso (MT)	95	1,15	8	8,42	3,85
Mato Grosso do Sul (MS)	158	1,91	5	3,16	2,40
Minas Gerais (MG)	860	10,42	29	3,37	13,94
Pará (PA)	163	1,97	1	0,61	0,48
Paraíba (PB)	73	0,88	1	1,37	0,48
Paraná (PR)	630	7,64	2	0,32	0,96
Pernambuco (PE)	178	2,16	1	0,56	0,48
Piauí (PI)**	26	0,31	0	0,00	0,00
Rio de Janeiro (RJ)	1270	15,39	6	0,47	2,88
Rio Grande do Norte (RN)	31	0,37	1	3,23	0,48
Rio Grande do Sul (RS)	574	6,96	15	2,61	7,21
Rondônia (RO)	9	0,11	3	33,33	1,44
Roraima (RR)**	9	0,11	0	0,00	0,00
Santa Catarina (SC)	327	3,96	9	2,75	4,33
São Paulo (SP)	2470	29,94	102	4,13	49,04
Sergipe (SE)	39	0,47	0	0,00	0,00
Tocantins (TO)**	47	0,57	0	0,00	0,00
Total	8250	100,00	208*	2,68	100,00

*um odontopediatra não preencheu o estado de origem.

** Estado sem retorno do CRO

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 demonstra as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. A maioria era do sexo feminino (92,3%), casada (52,2%) e de etnia branca (86,0%). A idade média foi de 36 anos.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017

Variável	n*	%
Gênero		
Masculino	16	7,7
Feminino	191	92,3
Faixa etária (anos)		
20 a 29	63	30,1
30 a 39	58	27,8
40 a 49	40	19,1
50 a 59	40	19,1
60 a 69	7	3,3
70 ou mais	1	0,5
Estado Civil		
Solteiro	82	39,2
Casado	109	52,2
Outro	18	8,6
Etnia		
Branca	178	86,0
Negra	2	1,0
Parda	23	11,1
Amarela	4	1,9
Indígena	0	0,0

*2 profissionais não registraram o item gênero e 2 a etnia.

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3 evidencia o perfil profissional dos participantes da pesquisa. A maioria está formada há menos de 15 anos (52,2%), estudou em faculdade pública (56,5%) e concluiu algum tipo de especialização (77,5%). Em relação à realização de pós-graduação, quase 40% dos participantes cursaram mestrado (39,2%), um quarto, o doutorado (20,1%) e apenas 5,7% concluíram o pós-doutorado. Quanto ao local de atuação, 45,6% atuam somente em consultório particular, 4,4% somente em serviço público e 12,6% exercem atividade clínica em consultório particular e também em serviço público. Quase metade dos participantes trabalha a maior parte do tempo em consultório particular (47,1%) e atende pacientes que pagam totalmente pelos serviços (47,3%). A clientela mais atendida é da faixa etária de 1 a 18 anos (89,8%).

Tabela 3 - Informações sobre perfil profissional dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017

Variável	n*	%
Graduação		
Formado há 15 anos ou mais	100	47,8
Formado há menos de 15 anos	109	52,2
Faculdade		
Pública	118	56,5
Particular	91	43,5
Especialização		
Não	28	13,4
Em andamento	19	4,8
Concluída	162	77,5
Mestrado		
Não	103	49,3
Em andamento	24	11,5
Concluída	82	39,2
Doutorado		
Não	153	73,2
Em andamento	14	6,7
Concluída	42	20,1
Pós-doutorado		
Não	193	92,3
Em andamento	4	1,9
Concluída	12	5,7
Local de atividade clínica		
Somente consultório particular	94	45,6
Consultório particular + serviço público	26	12,6
Somente serviço público	9	4,4
Outro	77	37,4
Maior tempo de trabalho		
Maior tempo em consultório particular	96	47,1
Tempo semelhante em consultório particular e serviço público	27	13,2
Maior parte do tempo em serviço público	9	4,4
Outro	72	35,3
Faixa etária dos pacientes		
1 – 18 anos	184	89,8
19 – 44 anos	14	6,8
45 – 64 anos	5	2,4
65 anos ou mais	2	1,0
Origem dos pacientes		
Plano de saúde	37	18,0
Sistema Único de Saúde	59	28,8
Particular	97	47,3
Outro	12	5,9

Fonte: Elaboração própria.

5.2 Diagnóstico, Prevenção, Tratamento e Avaliação de Risco da Cárie

A Tabela 4 mostra a distribuição das respostas de questões relacionadas ao diagnóstico da cárie dentária. Pode-se observar que, em média, a radiografia para o diagnóstico de cárie proximal é usada na maioria dos pacientes (62,3%). Por sua vez, no diagnóstico de cárie oclusal, o método é usado em um terço (33,5%) dos pacientes. A sonda exploradora, em média, é empregada em 37,0% dos pacientes para diagnosticar cárie oclusal primária e em 56,4% para diagnosticar lesões de cárie secundária. Por outro lado, a fluorescência a laser (4,1%) para detecção de cárie oclusal, a transiluminação por fibra ótica (9,2%) em cárie proximal e qualquer tipo de ampliação (19,4%) são usadas na minoria dos pacientes.

Tabela 4 - Distribuição das respostas das questões da seção 1 (q1-q8), referentes ao diagnóstico da cárie dentária, Brasil, 2017

Categorias (% de pacientes)	Questões sobre diagnóstico da cárie															
	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5		Q6		Q7		Q8	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n*	%	n*	%
Nunca (0%)	6	2,9	39	18,7	73	34,9	30	14,4	184	88,0	1	0,5	161	77	139	66,5
1 a 24%	46	22,0	74	35,4	48	23,0	41	19,6	12	5,7	3	1,4	24	11	22	10,5
25 a 49%	23	11,0	25	12,0	11	5,3	16	7,7	8	3,8	4	1,9	6	2,9	7	3,3
50 a 74%	31	14,8	45	21,5	19	9,1	28	13,4	1	0,5	7	3,3	7	3,4	13	6,2
75 a 99%	48	23,0	17	8,1	18	8,6	29	13,9	3	1,4	14	6,7	3	1,4	6	2,9
Sempre (100%)	55	26,3	9	4,3	40	19,1	65	31,1	1	0,5	180	81	7	3,4	22	10,5
Média (%)	62,3		33,5		37,0		56,7		4,1		94,9		9,2		19,4	

q1: uso de radiografias para ajudar a diagnosticar cárie proximal; q2: uso de radiografias para ajudar a diagnosticar cárie occlusal; q3: uso de sonda exploradora para diagnosticar cárie oclusal primária; q4: uso de sonda exploradora para diagnosticar cárie secundária; q5: uso de fluorescência a laser para diagnosticar cárie oclusal; q6: uso de secagem com jato de ar para diagnosticar cárie primária; q7: uso de transiluminação por fibra ótica para diagnosticar cárie proximal; q8: uso de ampliação para diagnosticar cárie. *1 profissional deixou de retornar a resposta para a questão 8.

Fonte: Elaboração própria.

Na seção de prevenção da cárie (Tabela 5), a aplicação tópica de flúor em consultório (78,3%), como gel fluoretado, verniz fluoretado, ou bochecho fluoretado, foram métodos mais utilizados na maioria dos pacientes, em média. Outros métodos preventivos como o uso de selantes em superfícies oclusais (39,5%), bochecho fluoretado (17,2%), prescrição de flúor (13,5%), goma de mascar sem açúcar (13,0%) e bochechos com clorexidina (12,7%) são indicados para a minoria dos pacientes, em média.

Tabela 5 - Distribuição das respostas das questões da seção 2 (q9-q14), relacionadas aos métodos utilizados para prevenir a doença cárie em pacientes de 6-18 anos, Brasil, 2017

Categorias (% de pacientes)	Questões sobre prevenção da cárie											
	Q9		Q10		Q11		Q12		Q13		Q14	
	n	%	n*	%	n	%	n*	%	n	%	n	%
Nunca (0%)	11	5,3	2	1,4	101	48,3	92	44,2	62	29,7	145	69,4
1 a 24%	71	34,0	14	6,7	58	27,8	84	40,4	123	58,9	32	15,3
25 a 49%	48	23,0	18	8,6	23	11,0	17	8,1	16	7,7	10	4,8
50 a 74%	54	25,8	31	14,8	16	7,7	9	4,3	7	3,3	5	2,4
75 a 99%	19	9,1	59	28,2	5	2,4	2	1,0	0	0,0	4	1,9
Sempre (100%)	6	2,9	84	40,2	6	2,9	4	1,9	1	0,5	13	6,2
Média (%)	39,5		78,3		17,2		13,5		12,7		13,0	

q9: aplicação de selantes nas superfícies oclusais; q10: aplicação tópica de flúor em consultório; q11: recomendação de bochecho fluoretado; q12: prescrição de flúor; q13: recomendação de bochecho com clorexidina; q14: recomendação de goma de mascar sem açúcar. *1 profissional deixou de retornar a resposta para esta questão.

Fonte: Elaboração própria.

A importância dos fatores de risco na decisão do plano de tratamento é mostrada na Tabela 6. Pode se observar que o principal fator considerado pelos participantes foi a higiene bucal atual. Em seguida, tem-se o comprometimento do paciente (ou responsável) de retornar para acompanhamento, a presença de cárie ativa e a dieta. Os fatores menos importantes foram a situação socioeconômica do paciente e a experiência de cárie dos pais.

Tabela 6 - Soma dos escores e média para cada um dos itens da questão 16: “Para pacientes de 6 a 18 anos, qual é a importância de cada um dos fatores abaixo quando você decide sobre um plano de tratamento?”

Item	Soma	Média
Q16a: Paciente tem uma lesão de cárie ativa	938	4,5
Q16b: Paciente teve cárie recentemente	843	4,0
Q16c: Experiência de cárie dos pais	747	3,5
Q16d: Paciente tem várias restaurações extensas	898	4,3
Q16e: Higiene bucal atual	998	4,8
Q16f: Presença de aparelhos dentários	901	4,3
Q16g: Acesso ao flúor	866	4,1
Q16h: Dieta	948	4,5
Q16i: Diminuição da função salivar	869	4,2
Q16j: Sua própria avaliação subjetiva sobre o paciente	814	3,9
Q16k: Entendimento do paciente (ou responsável) sobre a progressão da cárie	892	4,3
Q16l: Comprometimento do paciente (ou responsável) de retornar para acompanhamento	949	4,6
Q16m: Idade do paciente	812	3,9
Q16n: Situação socioeconômica do paciente	739	3,5

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados também mostraram que 56,8% dos participantes acreditam que metade ou mais de seus pacientes são interessados na prevenção das lesões cáries. Cerca de 37,5% dos profissionais realizam a prevenção individualizada em todos os seus pacientes. Quase a metade (46,6%) concorda totalmente com a afirmação de que a avaliação de risco pode prever se o paciente terá cárie dentária no futuro (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das respostas das questões 17 a 19, relacionadas à avaliação de risco de cárie, Brasil, 2017

Questão	n	%
Q17: % pacientes interessados na prevenção de cárie		
1-nenhum ou 0%	2	1,0
2- 1 a 24%	32	15,4
3-25 a 49%	56	26,9
4- 50 a 74%	58	27,9
5- 75 a 99%	47	22,6
6 – todos ou 100%	13	6,3
Q18: % pacientes que o profissional realiza prevenção individualizada		
1- nenhum ou 0%	1	0,5
2- 1 a 24%	27	13,0
3- 25 a 49%	33	15,9
4- 50 a 74%	16	7,7
5- 75 a 99%	53	25,5
6- todos ou 100%	78	37,5
Q19: concordância com afirmação sobre avaliação de risco		
1- discordo totalmente	8	3,8
2- discordo um pouco	12	5,7
3-não concordo nem discordo	8	3,8
4-concordo um pouco	83	39,9
5-concordo totalmente	97	46,6

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 8 mostra as escolhas dos participantes para os cenários clínicos hipotéticos com a presença de restaurações com margens inadequadas. Para os cenários clínicos com restauração de resina composta, classe V e classe III em dentes anteriores superiores (questões 20 e 21) os procedimentos restauradores conservadores foram os principais eleitos pela maioria dos participantes. Para a restauração de amálgama classe II (questão 22), quase a totalidade dos participantes indicou os procedimentos preventivos e restauradores conservadores.

Tabela 8 - Distribuição das respostas das questões da seção 4 (q20-q22), relacionadas a procedimentos odontológicos indicados para cenários clínicos hipotéticos, com restaurações com margens inadequadas, Brasil, 2017

Questão	N	%
Q20: caso clínico restauração Classe V		
Procedimentos preventivos	15	7,2
Procedimentos restauradores conservadores	136	65,1
Procedimentos restauradores não conservadores	56	26,8
Outros	2	1,0
Q21: caso clínico de restauração Classe III		
Procedimentos preventivos	73	35,4
Procedimentos restauradores conservadores	80	38,8
Procedimentos restauradores não conservadores	52	25,2
Outros	1	0,5
Q22: caso clínico de restauração Classe II		
Procedimentos preventivos	106	51,0
Procedimentos restauradores conservadores	87	41,3
Procedimentos restauradores não conservadores	15	7,2
Outros	1	0,5

Procedimentos preventivos: a. Nenhum tratamento no momento, acompanhar o paciente regularmente; b. Instruir o paciente na remoção de placa na área afetada; c. Aplicar flúor em consultório; d. Prescrição de flúor; e. Recomendar flúor sem prescrição; f. Uso de selante ou resina fluida no dente; g. Tratamento com clorexidina;

Procedimentos restauradores conservadores: h. Polimento, recontorno ou reparo da superfície, ou reparo da restauração, mas não substituição;

Procedimentos restauradores não conservadores: i. Substituição da restauração inteira.

Fonte: Elaboração própria.

Os cenários clínicos hipotéticos com lesões cariosas nas superfícies oclusais evidenciaram uma grande variação nas respostas (Tabela 9). Nas questões 23, 24 e 25, os casos clínicos se referem às fotos de lesões de cárie oclusais em metade interna e externa do esmalte, bem como em terço externo, médio e interno de dentina, em pacientes de baixo, médio e alto risco de cárie.

Para o caso do paciente de 17 anos, de baixo risco de cárie (questão 23), a maior frequência de respostas para cenários envolvendo esmalte foi de procedimentos preventivos. Para o cenário envolvendo terço externo da dentina, metade dos participantes escolheu procedimentos preventivos. Nos cenários com lesão oclusal em terço médio da dentina, a escolha dos participantes foi similar entre procedimentos restauradores conservadores e não-conservadores e para o terço

interno da dentina os procedimentos restauradores não conservadores foram os de eleição.

Tabela 9 - Distribuição das respostas da questão 23, relacionadas a procedimentos odontológicos indicados para alguns casos clínicos de lesões oclusais de paciente de 17 anos, com baixo risco de cárie, Brasil, 2017

Questão	n	%
Q23: caso 1		
Procedimentos preventivos	201	97,1
Procedimentos restauradores conservadores	6	2,9
Procedimentos restauradores não conservadores	0	0,0
Outros	0	0,0
Q23: caso 2		
Procedimentos preventivos	162	78,6
Procedimentos restauradores conservadores	31	15,0
Procedimentos restauradores não conservadores	3	1,5
Outros	10	4,9
Q23: caso 3		
Procedimentos preventivos	104	50,5
Procedimentos restauradores conservadores	85	41,3
Procedimentos restauradores não conservadores	13	6,3
Outros	4	1,9
Q23: caso 4		
Procedimentos preventivos	23	11,2
Procedimentos restauradores conservadores	91	44,2
Procedimentos restauradores não conservadores	92	44,7
Outros	0	0,0
Q23: caso 5		
Procedimentos preventivos	7	3,4
Procedimentos restauradores conservadores	28	13,7
Procedimentos restauradores não conservadores	168	82,4
Outros	1	0,5

Procedimentos preventivos: a. Nenhum tratamento no momento, acompanhar o paciente regularmente; b. Instruir o paciente na remoção de placa na área afetada; c. Aplicar flúor em consultório; d. Prescrição de flúor; e. Recomendar flúor sem prescrição; f. Uso de selante ou resina fluida no dente; g. Tratamento com clorexidina;

Procedimentos restauradores conservadores: h. Polimento, recontorno ou reparo da superfície, ou reparo da restauração, mas não substituição;

Procedimentos restauradores não conservadores: i. Substituição da restauração inteira.

Fonte: Elaboração própria.

Para o caso do paciente de 17 anos, com alto risco de cárie (questão 24), a maior frequência de respostas para cenários envolvendo esmalte foi de procedimentos preventivos. Para o cenário envolvendo terço externo da dentina,

metade dos participantes escolheu procedimentos restauradores conservadores. Nos cenários com lesão oclusal em terço médio e interno da dentina, a conduta mais escolhida pelos participantes foi de procedimentos restauradores não-conservadores.

Tabela 10 - Distribuição das respostas válidas da questão 24, relacionadas a procedimentos odontológicos indicados para alguns casos clínicos de lesões oclusais de paciente de 17 anos, com alto risco de cárie, Brasil, 2017

Questão	n	%
Q24: caso 1		
Procedimentos preventivos	194	94,2
Procedimentos restauradores conservadores	10	4,9
Procedimentos restauradores não conservadores	1	0,5
Outros	1	0,5
Q24: caso 2		
Procedimentos preventivos	144	70,2
Procedimentos restauradores conservadores	52	25,4
Procedimentos restauradores não conservadores	7	3,4
Outros	2	1,0
Q24: caso 3		
Procedimentos preventivos	80	39,4
Procedimentos restauradores conservadores	98	48,3
Procedimentos restauradores não conservadores	23	11,3
Outros	2	1,0
Q24: caso 4		
Procedimentos preventivos	15	7,3
Procedimentos restauradores conservadores	68	33,2
Procedimentos restauradores não conservadores	121	59,0
Outros	1	0,5
Q24: caso 5		
Procedimentos preventivos	9	4,4
Procedimentos restauradores conservadores	21	10,3
Procedimentos restauradores não conservadores	167	82,3
Outros	6	3,0
Procedimentos preventivos: a. Nenhum tratamento no momento, acompanhar o paciente regularmente; b. Instruir o paciente na remoção de placa na área afetada; c. Aplicar flúor em consultório; d. Prescrição de flúor; e. Recomendar flúor sem prescrição; f. Uso de selante ou resina fluida no dente; g. Tratamento com clorexidina;		
Procedimentos restauradores conservadores: h. Polimento, recontorno ou reparo da superfície, ou reparo da restauração, mas não substituição;		
Procedimentos restauradores não conservadores: i. Substituição da restauração inteira.		
Fonte: Elaboração própria		

Para o caso do paciente de 12 anos, com moderado risco de cárie (questão 25), a maior frequência de respostas para cenários envolvendo esmalte foi de procedimentos preventivos. Para o cenário envolvendo terço externo da dentina, a

escolha dos participantes foi similar entre procedimentos preventivos e restauradores conservadores. Nos cenários com lesão oclusal em terço médio e interno da dentina, a escolha dos participantes foi de procedimentos restauradores não-conservadores.

Tabela 11 - Distribuição das respostas da questão 25, relacionadas a procedimentos odontológicos indicados para alguns casos clínicos de lesões oclusais de paciente de 12 anos, com moderado risco de cárie, Brasil, 2017

Questão*	n	%
Q25: caso 1		
Procedimentos preventivos	196	95,1
Procedimentos restauradores conservadores	8	3,9
Procedimentos restauradores não conservadores	0	0,0
Outros	2	1,0
Q25: caso 2		
Procedimentos preventivos	165	80,1
Procedimentos restauradores conservadores	32	15,5
Procedimentos restauradores não conservadores	3	1,5
Outros	6	2,9
Q25: caso 3		
Procedimentos preventivos	95	46,1
Procedimentos restauradores conservadores	89	43,2
Procedimentos restauradores não conservadores	13	6,3
Outros	9	4,4
Q25: caso 4		
Procedimentos preventivos	26	12,7
Procedimentos restauradores conservadores	65	31,7
Procedimentos restauradores não conservadores	102	49,8
Outros	12	5,9
Q25: caso 5		
Procedimentos preventivos	13	6,3
Procedimentos restauradores conservadores	19	9,3
Procedimentos restauradores não conservadores	158	77,1
Outros	15	7,3

Procedimentos preventivos: a. Nenhum tratamento no momento, acompanhar o paciente regularmente; b. Instruir o paciente na remoção de placa na área afetada; c. Aplicar flúor em consultório; d. Prescrição de flúor; e. Recomendar flúor sem prescrição; f. Uso de selante ou resina fluida no dente; g. Tratamento com clorexidina;

Procedimentos restauradores conservadores: h. Polimento, recontorno ou reparo da superfície, ou reparo da restauração, mas não substituição;

Procedimentos restauradores não conservadores: i. Substituição da restauração inteira.

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 12 mostra os resultados da escolha dos participantes para situações clínicas de lesões cariosas em superfícies proximais mostradas em radiografias. Quase a metade dos participantes (48,8%) realizaria uma restauração permanente em lesão acometendo terço externo da dentina se o paciente fosse de baixo risco

(questão 26) e 38,0% interviriam se o paciente fosse de alto risco com lesão atingindo a metade interna do esmalte (questão 27).

Tabela 12 - Distribuição das respostas das questões 26 e 27, relacionadas a procedimentos odontológicos indicados para alguns casos clínicos de lesões proximais, mostrados radiograficamente, Brasil, 2017

Questão	n	%
Q26: caso clínico de lesão proximal, com uso de radiografias, em paciente controle:		
Situação 1	11	5,4
Situação 2	26	12,7
Situação 3	100	48,8
Situação 4	46	22,4
Situação 5	22	10,7
Q27: caso clínico de lesão proximal, com uso de radiografias, em paciente com risco de cárie:		
Situação 1	29	14,1
Situação 2	78	38,0
Situação 3	63	30,7
Situação 4	25	12,2
Situação 5	10	4,9

Situações 1 e 2: lesões em esmalte, situações 3,4 e 5: lesões em dentina

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a avaliação de risco de cárie (ARC), 69,4% dos participantes realizam ARC e dentre estes, 50,0% utilizam um formulário especial.

A associação entre ARC e variáveis demográficas e perfil profissional foi testada por meio de testes de associação e de regressão logística múltipla. As variáveis com $p < 0,05$ no teste de associação foram: horas trabalhadas ($p = 0,006$), área especialização ($p = 0,022$), mestrado ($p = 0,002$), área mestrado ($p = 0,009$) e origem dos pacientes ($p = 0,011$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Associação entre avaliação de risco de cárie e variáveis sociodemográficas e de perfil profissional, Brasil, 2017

Variável	N (% ^s)	Realização de avaliação de risco		Qui-quadrado	p-valor	V Cramer
		Sim	Não			
		N (%*)				
Região						
Sudeste	140 (67,3)	95 (67,9)	45 (32,1)	0,379	0,538	0,043
Outra	68 (32,7)	49 (72,1)	19 (27,9)			
Em atuação						
Sim	199 (95,2)	137 (68,8)	62 (31,2)	0,558	0,455	0,052
Não	10 (4,8)	8 (80,0)	2 (20,0)			
Atuação clínica						
Consultório particular somente	154 (73,7)	112 (72,7)	42 (27,3)	3,090	0,079	0,122
Outros	55 (26,3)	33 (60,0)	22 (40,0)			
Horas						
Preferencialmente particular	124 (61,1)	76 (61,3)	48 (38,7)	7,615	0,006	0,194
Outro	79 (38,9)	63 (79,7)	16 (20,3)			
Tempo de formado						
< MEDIANA (14 anos)	106 (50,7)	71 (67,0)	35 (33,0)	0,582	0,446	0,053
≥ MEDIANA (14 anos)	103 (49,3)	74 (71,8)	29 (28,2)			
Tipo de faculdade						
Pública	118 (56,5)	85 (72)	33 (28)	0,900	0,343	0,066
Privada	91 (43,5)	60 (65,9)	31 (31,4)			
Especialização						
Não	28 (13,4)	23 (82,1)	5 (17,9)	2,480	0,115	0,109
Andamento/concluído	181 (86,6)	122 (67,4)	59 (32,6)			
Área especialização						
Outra	39 (18,7)	33 (84,6)	6 (15,4)	5,240	0,022	0,158
Odontopediatria	170 (81,3)	112 (65,9)	58 (34,1)			
Mestrado						
Não	103 (49,3)	61 (59,2)	42 (40,8)	9,857	0,002	0,217
Andamento/concluído	106 (50,7)	84 (79,2)	22 (20,8)			
Área mestrado						
Não/outro	104 (49,8)	62 (59,6)	42 (40,4)	9,495	0,009	0,213
Odontopediatria	105 (50,2)	83 (79,0)	22 (21,0)			
Doutorado						
Não	153 (73,2)	102 (66,7)	51 (33,3)	2,502	0,286	0,109

Tabela 13.Continua

Andamento/concluído	56 (26,8)	43 (76,8)	13 (23,2)			
Área doutorado						
Não/outro	154 (73,7)	102 (66,2)	52 (33,8)			
Odontopediatria	55 (26,3)	43 (78,2)	12 (21,8)	2,723	0,099	0,114
Pós-doutorado						
Não	193 (92,3)	133 (68,9)	60 (31,1)			
Andamento/concluído	16 (7,7)	12 (75)	4 (25)	0,258	0,612	0,035
Área Pós-doutorado						
Não/outro	199 (95,2)	138 (69,3)	61 (30,7)			
Odontopediatria	10 (4,8)	7 (70)	3 (30)	0,002	0,965	0,003
Idade clientela						
Até 18 anos	183 (87,6)	129 (70,5)	54 (29,5)			
Mais de 18 anos	26 (12,4)	16 (65,1)	10 (38,5)	0,859	0,354	0,064
Origens pacientes						
Maioria particular	90 (43,1)	54 (60,0)	36 (40,0)			
Outro	119 (56,9)	91 (76,5)	28 (23,5)	6,543	0,011	0,177
Idade (anos)						
< MEDIANA (36 anos)	107 (51,2)	75 (70,1)	32 (29,9)			0,016
≥ MEDIANA (36 anos)	102 (48,8)	70 (68,6)	32 (31,4)	0,053	0,818	
Etnia						
Branca	178 (86)	124 (69,7)	54 (30,3)			
Negra,parda, amarela, indígena	29 (14)	20(69,0)	9 (31,0)	0,006	0,940	0,005
Sexo						
Masculino	16 (7,7)	14 (87,5)	2 (12,5)			
Feminino	191 (92,3)	131 (68,6)	60 (31,4)	2,517	0,113	0,110
Estado civil						
Solteiro / outro	81 (38,8)	60 (74,1)	21 (25,9)			
Casado	128 (61,2)	85 (66,4)	43 (33,6)	1,373	0,241	0,081

^{\$}Porcentagem na coluna; * Porcentagem na linha

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 14 mostra os resultados da análise de regressão logística binária para a avaliação de risco de cárie (ARC) e variáveis independentes. Verifica-se que os profissionais com especialização em odontopediatria ou os que trabalham prioritariamente em consultório particular ou atendem pacientes que pagam pelo serviço apresentam maior probabilidade de realizar ARC.

Tabela 14. Estatística do Modelo de Regressão Logística Binária para a avaliação do risco e variáveis independentes, Brasil, 2017

Variável independente	β	DP*	p	OR ^{\$}	IC [#] 95% OR
Intercepto	-0,807	0,153	0,045	-	-
Área especialização: odontopediatria	1,047	0,472	0,027*	2,85	1,1; 7,2
Horas trabalhadas prioritariamente em consultório particular	0,911	0,355	0,007*	2,49	1,3; 4,8
Origem pacientes: maioria particular	0,773	0,305	0,011*	2,17	1,2; 3,9
Atuação: consultório particular	0,593	0,805	0,083	1,78	0,9; 3,4
Especialização: sim	0,800	0,518	0,100	2,22	0,8; 6,1
Gênero: feminino	1,165	0,772	0,087	3,21	0,7; 14,5

*Desvio-padrão; \$Odds Ratio; #Intervalo de confiança

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avaliou os padrões da prática dos odontopediatras brasileiros em relação ao diagnóstico, prevenção, tratamento e avaliação de risco de cárie, utilizando um questionário da *Dental Practice-Based Research* (DPBRN) traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil²⁶.

O perfil sociodemográfico da amostra evidenciou que quase todos os participantes eram do sexo feminino (92,3%, Tabela 2). Um estudo realizado em Belo Horizonte, MG, investigou o perfil dos odontopediatras e percepções sobre o mercado de trabalho e mostrou que 80% dos especialistas eram mulheres⁴⁸. No Brasil, cerca de 85% dos profissionais especialistas em odontopediatria são do gênero feminino, sugerindo que a amostra do presente estudo é representativa da realidade brasileira⁴⁹.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que o método reportado pelos odontopediatras como sendo o mais utilizado no diagnóstico da cárie foi o uso de secagem com jato de ar para diagnosticar cárie primária (94,9%, Tabela 4). Tal resultado é semelhante ao de Tagliaferro et al.²⁶, em que dentistas de Araraquara utilizam a secagem com jato de ar em 92% dos pacientes, em média, e superior ao estudo de Gordan et al.¹² com 70%, em média. A secagem com jato de ar é um procedimento essencial no diagnóstico da cárie, sendo imprescindível para a visualização de lesões cariosas⁵⁰.

A radiografia para o diagnóstico das lesões de cárie proximais é utilizada na maioria dos pacientes (62,3%, Tabela 4), resultado próximo ao encontrado por Tagliaferro et al.²⁶ em que os dentistas da cidade de Araraquara utilizam o método em 59% dos pacientes. Por sua vez, dentistas membros da DPBRN têm utilizado a radiografia em superfícies proximais em 96% dos pacientes¹², evidenciando que o uso deste método é bem mais expressivo em dentistas membros da DPBRN do que em dentistas brasileiros. Tal diferença pode ser devido aos dentistas norte-americanos terem mais acesso e recursos, comparado aos dentistas brasileiros. A radiografia é um método que auxilia no diagnóstico da doença, na detecção de lesões de cárie oculta e na estimativa da profundidade das lesões⁵¹.

A sonda exploradora tem sido utilizada, em média, por 56,7% dos pacientes para diagnosticar cárie secundária e em 37% dos pacientes para diagnosticar cárie oclusal primária (Tabela 4). Tais achados são inferiores aos de Gordan et al.¹², cujo estudo mostrou que o instrumento é utilizado na maioria dos pacientes na

Escandinávia, (69% para cárie primária e 84% para cárie secundária) e no Alabama (93% para cárie primária e 93% para cárie secundária). Vale salientar que a sonda exploradora tem a principal finalidade, de acordo com as orientações atuais, de auxiliar na remoção do biofilme das superfícies dentais para verificar os sinais de desmineralização. Porém é preciso ter cuidado no momento da sondagem em relação as iatrogênias, o que pode acelerar a progressão da lesão cariosa⁵².

A transiluminação por fibra ótica para diagnosticar cárie proximal (9,2%) e a fluorescência a laser para diagnosticar cárie oclusal (4,1%) têm sido utilizadas na minoria dos pacientes (Tabela 4). Dentistas da DPBRN usam, em média, fluorescência a laser e fibra ótica para o diagnóstico de cárie proximal em 7% e 21% dos seus pacientes, respectivamente¹². Trata-se de métodos adicionais no diagnóstico tátil-visual da cárie. A fluorescência a laser consegue mensurar as alterações orgânicas existentes nos tecidos⁵³ e avalia a efetividade de manobras preventivas e não-invasivas. Como desvantagem, o método não é sensível para diferenciar algumas características das lesões cariosas, como de lesões ativas e inativas⁵⁴. Em relação a transiluminação por fibra óptica, é um método simples e de fácil uso para a avaliação de lesões cariosas proximais em dentes anteriores. Porém esse recurso não é muito indicado para superfícies proximais em molares e pré-molares por não ser muito sensível, comparado a radiografia que é o padrão ouro⁵⁰.

A razão pelas variações de uso dos métodos de diagnóstico da cárie pode acontecer pelo fato dos profissionais possuírem o seu método particular de atuação⁵⁵. Além disso, de acordo com a literatura, o exame clínico e o uso da radiografia, e outros métodos para o diagnóstico da cárie dentária apresentam uma alta especificidade, porém uma baixa sensibilidade e reprodutibilidade, por serem métodos qualitativos e são difíceis de serem mensurados⁵⁶.

Em relação a prevenção da cárie dentária, o presente estudo apontou que aplicação tópica de flúor (ATF) em consultório, como gel fluoretado, verniz fluoretado, ou bochecho fluoretado, foram indicados, em média, para a maioria dos pacientes (78,3%, Tabela 5), resultado próximo ao reportado por dentistas da DPBRN que utilizam a ATF em média em 84,1% dos pacientes¹⁸. As aplicações tópicas de flúor previnem a cárie dentária, além de ajudar no processo de remineralização do dente. Em especial, o verniz fluoretado é uma das formas de aplicação do flúor que possui vantagens em relação as outras formas tópicas do flúor⁵⁷. Por meio dele, tem-se a

proteção do esmalte dental e há uma liberação contínua de flúor por longos períodos na cavidade bucal⁵⁸.

Os selantes foram indicados para 2/5 dos pacientes (39,5%), segundo os participantes da pesquisa (Tabela 5). Tal achado é inferior aos de Riley et al.¹⁸ em que 69,5% dos pacientes recebem, em média, a aplicação de selantes dentais e pode sugerir que os odontopediatras brasileiros são mais criteriosos que os clínicos gerais norte-americanos. A indicação do selamento dental deve levar em consideração a atividade das lesões cariosas e a avaliação de risco individual do paciente⁵⁹. É um procedimento importante na prevenção da cárie, uma vez que 85% das superfícies que são acometidas por lesões cariosas são superfícies oclusais⁶⁰⁻⁶⁵.

Vale mencionar que alguns métodos preventivos tem sido muito pouco recomendados pelos participantes do estudo (Tabela 5), como uso da goma de mascar sem açúcar (13,0%) e o bochecho com clorexidina (12,7%). A clorexidina é um importante agente microbiano e é eficaz na prevenção da cárie dentária⁶⁶, contudo, com o seu uso frequente, pode trazer alguns efeitos colaterais como: manchamento do dentes, alteração de paladar. Assim, a clorexidina é indicada em situações mais específicas, como em um pós-operatório cirúrgico⁶⁷. Em relação a goma de mascar sem açúcar, existem evidências que apoiam seu uso como agente preventivo das lesões cariosas em pacientes que têm exposições frequentes ao flúor, uma boa saúde bucal e consultas odontológicas frequentes⁶⁸. Por outro lado é importante enfatizar que a recomendação do uso da goma de mascar sem açúcar precocemente nas crianças pode trazer danos para a articulação temporomandibular, além do seu custo para consumo ser alto.

Neste estudo também foi questionado aos participantes qual a importância dos fatores de risco na decisão de um plano de tratamento. Observou-se que a higiene bucal atual foi o fator de maior peso, seguida do comprometimento do paciente (ou responsável) de retornar para acompanhamento (Tabela 6). Tais achados coincidem com os de Kakudate et al.²³ em que esses mesmos fatores foram considerados os mais importantes por dentistas da DPBRN japonesa. Outros fatores também foram considerados relevantes como a presença de lesões cariosas ativas e a dieta; os com menor importância foram a situação socioeconômica do paciente e a experiência de cárie dos pais.

Cerca de 56,8% dos participantes reportou acreditar que mais da metade dos seus pacientes estava interessada na prevenção da cárie dentária e cerca de 37,5%

dos profissionais realizam a prevenção individualizada em todos seus pacientes. Também ficou demonstrado que 46,6% concordam totalmente com a afirmação de que a avaliação de risco pode prever se o paciente terá cárie dentária no futuro (Tabela 7). Os achados de Yokoyama et al.¹¹ mostraram que 38% dos dentistas japoneses fazem a prevenção em pelo menos 50% de seus pacientes.

Na seção de tratamento da cárie dentária, especificamente nos cenários clínicos envolvendo restaurações defeituosas (Tabela 8), percebe-se um perfil mais conservador dos participantes deste estudo, uma vez que a maioria indicou procedimentos restauradores conservadores (polimento, recontorno ou reparo da superfície/da restauração, mas não substituição) para situações clínicas com restaurações de resina composta classe V em dente anterior superior. Para o caso de classe II em canino superior, 74,2% dos participantes escolheram procedimentos preventivos ou restauradores conservadores. Tais resultados contrapõem-se ao estudo de Gordan et al.¹⁵, em que o procedimento restaurador não conservador foi o tratamento mais indicado pelos profissionais. No cenário clínico mostrando uma restauração de amálgama classe II, quase a totalidade dos participantes (92,3%) indicou procedimentos preventivos ou restauradores conservadores, enquanto que no estudo de Gordan et al.¹⁶ a escolha foi por procedimentos preventivos e invasivos não conservadores. As restaurações de resina composta em dentes anteriores, por envolverem a estética do paciente, tendem a demandar procedimentos restauradores, mesmo que sejam conservadores, como o polimento e o reparo. Já, para restaurações de amálgama, a existência de margens imperfeitas pode até ser vista por alguns profissionais como não necessitando de intervenção, apenas de procedimentos preventivos.

No cenário clínico com lesões oclusais de diversas profundidades em molares permanentes, para o paciente de 17 anos, com baixo risco de cárie, pelo menos 78,6% dos profissionais indicariam procedimentos preventivos para lesões em esmalte (Tabela 9). Tais achados diferem um pouco dos de Gordan et al.³⁴ e Kakudate et al.³⁸, em que 63% e 52% dos profissionais, respectivamente, indicaram procedimentos preventivos para as lesões em esmalte. Por sua vez, para as lesões no terço médio da dentina 44,7% escolheram procedimentos restauradores não conservadores, em concordância com os achados de Heaven et al.³⁷ em que 48% indicaram tratamento restaurador em terço médio de dentina. Ao considerar o mesmo paciente, mas com alto risco de cárie (Tabela 10), as lesões em esmalte continuaram sendo tratadas com

procedimentos preventivos, prioritariamente, segundo a escolha de pelo menos 70,2% dos participantes, resultado próximo ao encontrado por Gordan et al.³⁴ em que 77% fariam procedimento minimamente invasivo na mesma superfície de esmalte. Entretanto, para lesões no terço médio da dentina, 59,0% dos participantes optaram por procedimentos restauradores não conservadores.

Para o cenário mostrando um paciente de 12 anos, com risco de cárie moderado, foram indicados procedimentos preventivos para as lesões em esmalte por pelo menos 80,1% dos participantes (Tabela 11), resultado próximo ao encontrado por Kakudate et al.³⁸ (91%). Para as lesões acometendo dentina, os procedimentos restauradores não conservadores foram escolhidos por 49,8% dos participantes para lesões atingindo terço médio.

Para os cenários clínicos envolvendo lesões de cárie proximais, quase metade (48,8%) dos participantes indicaria uma restauração em lesão acometendo terço externo da dentina se o paciente fosse de baixo risco. Por sua vez, 38% interviriam já na metade interna do esmalte, caso sendo o paciente de alto risco de cárie (Tabela 12). Cerca de 55,1% dos dentistas membros da rede japonesa realizariam um tratamento restaurador nessa mesma situação clínica¹⁴.

Todos achados em relação a decisão de tratamento para lesões oclusais e proximais apontam para um mesmo perfil dos participantes da pesquisa, que foram mais conservadores nas decisões de tratamento para pacientes de baixo risco, seguida do risco moderado e do alto risco de cárie, indicando que a escolha dos procedimentos foi influenciada pelo risco de cárie do paciente. A avaliação de risco da cárie dentária é de extrema importância no seu diagnóstico e no seu tratamento⁶⁹, podendo influenciar no desenvolvimento de novas lesões cariosas, ou até mesmo, na sua atividade, em cavidades existentes no meio bucal^{70,71}.

Um dos achados mais relevantes do presente estudo é que a maioria (69,4%) dos participantes realiza a avaliação de risco de cárie (ARC) em seus pacientes e dentre estes, 50,0% utilizam um formulário especial. Em comparação aos resultados de Tagliaferro et al.²⁶, em que 35% dos dentistas de Araraquara reportaram realizar ARC, pode-se sugerir que os odontopediatras brasileiros atuam com base nas evidências científicas, uma vez que a ARC é fundamental para compreender o perfil cariogênico do paciente e direcionar as condutas preventivas, que devem ser realizadas de acordo com os diferentes níveis de risco⁷².

A ARC foi realizada principalmente por profissionais especialistas em odontopediatria, de acordo com os resultados da regressão logística (Tabela 14). Outras variáveis como horas trabalhadas preferencialmente em consultório particular e pacientes de origem particular foram significativamente relacionadas com a ARC no presente estudo. Acredita-se que em consultório particular o profissional possa ter mais tempo e disponibilidade para realizar a ARC e o paciente tenha um nível de exigência alto, aspectos que contribuem para uma avaliação mais completa.

Por fim, é importante elencar as limitações e os pontos fortes do presente estudo. Como principal limitação, destaca-se o tamanho amostral. Apesar das diversas abordagens utilizadas para convidar o odontopediatra a participar da pesquisa, foi desafiador obter o retorno do profissional, que foi abaixo do esperado. Assim, acredita-se que estudos que busquem o entendimento da pequena participação e possível pouca importância dada às pesquisas por profissionais da odontologia sejam relevantes. Além disso, é de suma importância a criação e o desenvolvimento de uma rede de pesquisa baseada na prática odontológica no Brasil. Neste aspecto, vale informar que algumas universidades públicas dos estados de SP e RJ já estão envolvidas nesse processo. Em relação aos pontos fortes, vale mencionar que o trabalho objetivou contemplar todo o território nacional e que, mesmo contando com uma amostra pequena, a proporção de participantes não diferiu drasticamente da de odontopediatras inscritos em cada estado, sugerindo que a maioria dos estados teve sua representação proporcional na amostra (Tabela 1). Adicionalmente, nesta pesquisa utilizou-se um questionário traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro, já usado nas pesquisas da DPBRN, investigando-se a prática dos odontopediatras brasileiros em relação ao manejo da cárie dentária, pela primeira vez.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que, para os odontopediatras brasileiros, o diagnóstico de cárie primária é realizado principalmente pelo exame visual e radiográfico e a prevenção é feita pela aplicação tópica de flúor. A maioria dos participantes realiza ARC, não troca restaurações com margens defeituosas, mas repara-as, usa procedimentos preventivos para tratar de lesões em esmalte e procedimentos restauradores para tratar de lesões em dentina, em especial em pacientes com risco de cárie moderado ou alto. O perfil do profissional que realiza ARC é especialista em odontopediatria com atuação em consultório particular, prioritariamente.

REFERÊNCIAS*

1. Bradshaw DJ, Lynch RJ. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *Int Dent J*. 2013; 63(2): 64-72.
2. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2006; 11(1): 79-87.
3. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(1): 4-5.
4. Whelton H. Overview of the impact of changing global patterns of dental caries experience on caries clinical trials. *J Dent Res*. 2004; 83 (Spec n. C): C29–C34.
5. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. *J Clin Periodontol*. 2017; 44 Suppl 18: S94-S105.
6. Petersen PE. Improvement of global oral health the leadership role of the World Health Organization. *Community Dent Health*. 2010; 27(4): 194–8.
7. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghvi M, Lopez A et al. Global burden of oral conditions in 1990- 2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013; 92(7): 592-7.
8. Kassebaum, NJ, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes, W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015; 94(5), 650–58.
9. Splieth CH, Christiansen J, Page LAF. Caries epidemiology and community dentistry: chances for future improvements in caries risk groups. Outcomes of the ORCA Saturday Afternoon Symposium, Greifswald, 2014. Part 1. *Caries Res*. 2016; 50(1): 9-16.
10. Pivotto A, Gilson LC, Farias MMAG, Schmitt BHE, Araújo SM, Silveira EG. Hábitos de higiene bucal e Índice de higiene oral de escolares de ensino público. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2013; 26(40): 455- 61.
11. Yokoyama Y, Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Gilbert GH, Gordan VV. Dentists' practice patterns regarding caries prevention: results from a Dental Practice: Based Research Network. *BMJ Open*. 2013; 3(9): e003227.
12. Gordan VV, National Dental PBRN Collaborative Group. Translating research into everyday clinical practice: lessons learned from a USA Dental Practice-Based Research Network. *Dent Mater*. 2013; 29(1): 3-9.
13. Gilbert GH, Williams OD, Korelitz JJ, Fellows JL, Gordan VV, Makhija SK et al. Purpose, structure, and function of the United States National Dental Practice - Based Research Network. *J Dent*. 2013; 41(11): 1051-9.

* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca: <http://www.foar.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-de-normalizacaoatualizado.pdf>.

14. Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Manabe K, Yokoyama Y, Gilbert GH et al. Restorative treatment thresholds for proximal caries in Dental PBRN. *J Dent Res*. 2012; 91(12): 1202-8.
15. Riley JL, Qvist V, Fellows JL, Rindal B, Richman JS, Gilbert GH et al. Dentists' use of caries risk assessment in children: finding from the Dental Practice - Based Research Network. *Gen Dent*. 2010; 58(3): 230-40.
16. Gordan VV, Garvan CW, Heft W, Fellows JL, Qvist V, Rindal B et al. Restorative treatment thresholds for interproximal primary caries based on radiographic images: finding from the Dental Practice - Based Research Network. *Gen Dent*. 2009; 57(6): 654-63.
17. Riley JL, Richman JS, Rindal B, Fellows JL, Qvist V, Gilbert GH et al. Use of caries prevention agents in children: finding from the Dental Practice – Based Research Network. *Oral Health Prev Dent*. 2010; 8(4): 351–9.
18. Riley JL, Gordan VV, Rindal B, Fellows JL, Williams OD, Ritchie Jr. LK et al. General practitioners' use of caries: preventive agents in adult patients versus pediatric patients: finding from the Dental Practice – Based Research Network. *J Am Dent Assoc*. 2010; 141(6): 679-87.
19. Riley JL, Gordan VV, Ajmo CT, Bockman H, Jackson MB, Gilbert GH. Dental PBRN Collaborative Group. Dentists' use of caries risk assessment and individualized caries prevention for their adult patients: findings from The Dental Practice-Based Research Network. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(6): 564–73.
20. Rindal B, Gordan VV, Litaker MS, Bader JD, Fellows JL, Qvist V, et al. Methods dentists use to diagnose primary caries lesions prior to restorative treatment: finding from the Dental PBRN. *J Dent*. 2010; 38(12): 1027-32.
21. Gordan VV, Riley JL, Carvalho RM, Snyder J, Sanderson Jr. JL, Anderson M et al. Methods used by Dental Practice- Based Research Network (DPBRN) dentists to diagnose dental caries. *Open Dent*. 2011; 36(1): 2-11.
22. Riley JL, Gordan VV, Rouisse KM, McClelland J, Gilbert GH. Gender differences in male and female dentists practice patterns for diagnosis in treatment of dental caries: findings from the Dental PBRN. *J Am Dent Assoc*. 2011; 142(4): 429-40.
23. Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Yokoyama Y, Riley JL III, Gilbert GH et al. Dentists' decisions to conduct caries risk assessment in a Dental Practice-Based Research Network. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015; 43(2): 128–34.
24. Traebert J, Marcenes W, Kreutz JV, Oliveira R, Piazza CH, Peres MA. Brazilian dentists restorative treatment decisions. *Oral Health Prev Dent*. 2005. 3(1): 53-60.
25. Katz CRT, Andrade MRB, Lira SS, Vieira ELR, Heimer MV. The concepts of minimally invasive dentistry and its impact on clinical practice: a survey with a group of Brazilian professionals. *Int Dent J*. 2013; 63(2): 85-90.
26. Tagliaferro EP, Valsecki Junior A, Rosell FL, Silva SR, Riley JL, Gilbert GH, Gordan VV. Diagnosis and treatment of dental caries by Brazilian practicing dentists. *J Dent Res*. 2017; 96 (Sp. Issue) A: abstract number 616.

27. Giannobile WV. Promotion of oral, dental, and craniofacial research. *J Dent Res.* 2010; 89(10): 1013–5.
28. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007; 4(4): 210–9.
29. Gilbert GH, Williams OD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Benjamin PL, Wallace MC. The creation and development of the dental practice-based research network. *J Am Dent Assoc.* 2008; 139(1): 74–81.
30. Fontana M, Zero D. Bridging the gap in caries management between research and practice through education: the Indiana University experience. *J Dent Educ.* 2007; 71(5): 579- 91.
31. Clarkson J. Experience of clinical trials in general dental practice. *Adv Dent Res.* 2005; 18(3): 39–41.
32. Yokoyama Y, Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Gilbert GH, Gordan VV. Dentists' dietary perception and practice patterns in a dental practice-based research network. *PLoS One.* 2013; 8(3): e59615.
33. Rindal B, Gordan VV, Litaker MS, Bader JD, Fellows JL, Qvist V et al. Methods dentists use to diagnose primary caries lesions prior to restorative treatment: finding from the Dental PBRN. *Tex J Dent.* 2015; 132(2):102-9.
34. Gordan VV, Bader JD, Garvan CW, Richman JS, Qvist V, Fellows JL et al. Restorative treatment thresholds for occlusal primary caries by dentists in The Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141(2): 171-84.
35. Nascimento MM, Gordan VV, Qvist V, Bader JD, Rindal DB, Williams OD et al. Restoration of noncarious tooth defects by dentists in The Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc.* 2011; 142(12): 1368-75.
36. Gordan VV, Riley JL, Geraldeli S, Rindal DB, Qvist V, Fellows JL et al. Repair or replacement of defective restorations by dentists in The Dental PBRN. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(6): 593–601.
37. Heaven TJ, Gordan VV, Litaker MS, Fellows JL, Rindal B, Firestone AR et al. Agreement among dentists restorative treatment planning thresholds for primary occlusal caries, primary proximal caries, and existing restorations: finding from the Dental Practice – Based Research Network. *J Dent.* 2013; 41(8): 718-25.
38. Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Yokoyama Y, Gilbert GH, Gordan VV. Patient agree and dentists' decisions about occusal caries treatment thresholds. *Oper Dent.* 2014; 39(5): 473-80.
39. Yokoyama Y, Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Gilbert GH, Gordan VV. Evidence-practice gap for dental sealant application: results from a Dental Practice-Based Research Network in Japan. *Int Dent J.* 2016; 66(6): 330-6
40. Trueblood R, Kerins CA, Seale NS. Caries risk assessment practices among Texas pediatric dentists. *Pediatr Dent.* 2008; 30(1): 49-53.

41. Foley JI. Short communication: a pan-European comparison of the management of carious primary molar teeth by postgraduates in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2012; 13(1): 41-6.
42. Innes NP, Evans DJ. Modern approaches to caries management of the primary dentition. *Br Dent J*. 2013; 214(11): 559-66.
43. Varughese RE, Andrews P, Sigal MJ, Azarpazhooh A. An assessment of direct restorative material use in posterior teeth by American and Canadian Pediatric Dentists: I. material choice. *Pediatr Dent*. 2016; 38(7): 489-96.
44. Rechmann P, Doméjean S, Rechmann BM, Kinsel R, Featherstone JD. Approximal and occlusal carious lesions: Restorative treatment decisions by California dentists. *J Am Dent Assoc*. 2016; 147(5): 328-38.
45. Blumer S, Peretz B, Ratson T. The use of restorative materials in primary molars among pediatric dentists in Israel. *J Clin Pediatr Dent*. 2017; 41(3):199-203.
46. CFO - Conselho Federal de Odontologia. [homepage na Internet]. Brasília, DF.: Conselho Federal de Odontologia; c2016. [acesso em 2016 ago 10]. 2016. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dadosestatisticos/?elemento=especialistas&especialidade=6&cro=Todos&municipio=>.
47. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(12): 1417-32.
48. Goursand D, Santos ZA, Oliveira DR, Souza SAM, Elias GP. Odontopediatras: perfil e percepção sobre o mercado de trabalho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Unimontes Cient*. 2015, 17(2): 35-43.
49. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010.
50. Nyvad B, Fejerskov O, Baelum V. Diagnóstico tátil-visual da cárie. In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. Santos: Saraiva, 2015. p.49-68.
51. Mejáre I, Kidd EAM. Radiografia para diagnóstico da cárie. In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. Santos: Saraiva, 2015. p.70-88.
52. Pinelli C, Campos Serra M, Loffredo LCM. Validity and reproducibility of a laser fluorescence system for detecting the activity of white-spot lesions on free smooth surfaces in vivo. *Caries Res*. 2002; 36(1):19-24.
53. Lussi A, Megert B, Longbottom C, Reich E, Francescut P. Clinical performance of a laser fluorescence device for detection of occlusal caries lesion. *Eur J Oral Sci*. 2001; 109(1):14-9.
54. Bader J, Shugars D, Bonito A. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ*. 2001; 65(10): 960–8.
55. Pretty IA, Maupomé G. A closer look at diagnosis in clinical dental practice: part 5: emerging technologies for caries detection and diagnosis. *J Can Dent Assoc*. 2004; 70(8): 540a-i.

56. Khoroushi M, Kachuie M. Prevention and treatment of white spot lesions in orthodontic patients. *Contemp Clin Dent*. 2017; 8(1): 11–9.
57. Davidson CL, Bekke-Hoekstra IS. The resistance of superficially sealed enamel to wear and carious attack *in vitro*. *J Oral Rehabil*. 1980; 7(4): 299-305.
58. Splieth CH, Ekstrand KR, Alkilzy M, Clarkson J, Meyer-Lueckel H, Martignon S, et al. Sealants in Dentistry: Outcomes of the ORCA Saturday Afternoon Symposium 2007. *Caries Res*. 2010; 44(1): 3-13.
59. Ferrazzano GF, Ingenito A, Alcidi B, Sangianantoni G, Schiavone MG, Cantile T. In vitro performance of ultrasound enamel preparation compared with classical bur preparation on pit and fissure sealing. *Eur J Paediatr Dent*. 2017; 18(4): 263-7.
60. Hicks MJ, Flaitz CM. Epidemiology of dental caries in the pediatric and adolescent population: a review of past and current trends. *J Clin Pediatr Dent*. 1993; 18(1): 43–9.
61. Cehreli SB, Gungor HC, Karabulut E. Er, Cr:YSGG laser pretreatment of primary teeth for bonded fissure sealant application: a quantitative microleakage study. *J Adhes Dent*. 2006; 8(6): 381–6.
62. Topaloglu Ak A, Riza Alpoz A. Effect of saliva contamination on microleakage of three different pit and fissure sealants. *Eur J Paediatr Dent*. 2010; 11(2): 93-6.
63. Topaloglu Ak A, Önça O, Gökçe B, Bent B. The effect of different enamel surface treatments on microleakage of fissure sealants. *Acta Med Acad*. 2013; 42(2): 223-8.
64. Welbury R, Raadal M, Lygidakis NA. European Academy of Paediatric Dentistry: EAPD guidelines for the use of pit and fissure sealants. *Eur J Paediatr Dent*. 2004; 5(3): 179-84.
65. Baca P, Munõz MJ, Bravo M, Junco, P, Baca AP. Effectiveness of chlorhexidine thymol varnish for caries reduction in permanent first molars of 6-7-year-old children: 24-month clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(5): 363-8.
66. Bergdahl M, Hedström L. Metronidazole for the prevention of dry socket after removal of partially impacted mandibular third molar: A randomised controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42:555-8.
67. Burt BA. The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. *J Am Dent Assoc*. 2006; 137(2): 190–6.
68. Kidd EAM. Essentials of dental caries: the disease and its management. New York: Oxford University Press; 2005. p. 60–5.
69. Reich E, Lussi A, Newbrun E. Caries-risk assessment. *Int Dent J*. 1999; 49(1): 15–26.
70. Twetman S, Fontana M. Patient caries risk assessment. *Monogr Oral Sci*. 2009; 21: 91–101.
71. Laksmiastuti SR, Budiardjo SB, Sutadi H. Validated questionnaire of maternal attitude and knowledge for predicting caries risk in children: epidemiological

- study in North Jakarta, Indonesia. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017; 7(Suppl 1): S42-47.
72. Twetman S. Caries risk assessment in children: how accurate are we? *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016; 17(1): 27-32.

APÊNDICE A

Primeira página do questionário on-line*, em que é apresentado ao participante da pesquisa. O TCLE está anexado à esquerda, possibilitando que o participante, clique e leia (*site que hospederá o questionário: http://200.145.81.21/questionario/ses_pesquisa.php)

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Faculdade de Odontologia

Pesquisa - Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária

Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Área de Odontopediatria

Desde já, agradecemos sua preciosa colaboração! Solicitamos, por gentileza, que inicie e finalize o preenchimento do questionário, sem deixá-lo ocioso, para que não ocorra perda de dados já inseridos!

Por favor, antes de responder as questões, leia o [Termo de Consentimento Livre e Esclarecido](#).

☐ Aceito ☐ Não aceito

Questões sobre Perfil Profissional -

ATUAÇÃO

Atualmente, você atua como Odontopediatra? ☐ Sim ☐ Não

Em qual Estado?(sigla)

email:

1. Atualmente, você está exercendo atividade clínica?
☐ Não ☐ Sim

Exemplo da apresentação de uma das questões do questionário on-line* (*site que hospederá o questionário: http://200.145.81.21/questionario/ses_pesquisa.php)

1. Atualmente, você está exercendo atividade clínica?
☐ Não ☐ Sim

2. Em que local(is) você exerce atividade clínica (por favor, indique todas as alternativas que forem necessárias para caracterizar sua atividade clínica)?

☐ 1. Consultório particular

☐ 2. Serviço público (posto de saúde, escola municipal, etc)

☐ 3. Faculdade pública, como docente

☐ 4. Faculdade particular, como docente

☐ 5. Outro. Por favor, especifique:

3. Qual é sua carga horária semanal, atendendo pacientes, em consultório particular e/ou serviço público?

☐ Consultório particular: horas semanais

☐ Serviço público: horas semanais

☐ Outro: horas semanais

GRADUAÇÃO

4. Qual foi o ano de sua graduação?

4a. Em que faculdade você se formou?

4b. Tipo de faculdade: ☐ 1. Pública ☐ 2. Privada

PÓS-GRADUAÇÃO

5. Especialização:

☐ 0. Não

☐ 1. Em andamento- área:

☐ 2. Concluída - áreas:

APÊNDICE B

Modelo padrão de e-mail a ser enviado aos odontopediatras

Prezado(a) colega Odontopediatra,

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, nível Mestrado, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, FOAr/UNESP, com o importante apoio do CRO de seu Estado.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa, preenchendo um questionário on-line com perguntas sobre seu perfil profissional e sobre sua prática clínica relacionada ao diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie dentária.

Informamos que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOAr/UNESP, que será conduzido em todo o território nacional, que sua participação é totalmente voluntária, porém de extrema importância para que os resultados da pesquisa sejam válidos e representem a prática clínica dos odontopediatras brasileiros e que a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa é totalmente garantida.

Caso seja de seu interesse, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição após o término do estudo.

Agradecemos antecipadamente sua importante participação e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Por gentileza, clique no link abaixo para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário:

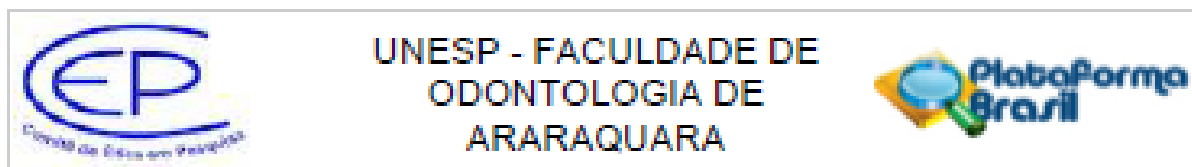
http://200.145.81.21/questionario/ses_pesquisa.php

Atenciosamente,

Profa. Dra. Elaine P. S. Tagliaferro (Orientadora)
Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP
Rua Humaitá, 1680 - CEP 14.801-903 - Araraquara, SP
Telefone: (16) 3301-6354
epstag@foar.unesp.br; epstag@gmail.com;

Thamyris de Souza Carvalho (Mestranda)
thamyriscarvalho@foar.unesp.br; thamyriscarvalho1@hotmail.com

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária

Pesquisador: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61653616.5.0000.5416

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.629.965

Apresentação do Projeto:

Com o propósito de melhorar o desempenho clínico e contribuir para reduzir a distância entre a produção científica e a atividade, foi criada em 2002 uma rede de pesquisa baseada na prática odontológica (Dental Practice-Based Research Network - DPBRN) com dentistas e pesquisadores, inicialmente dos Estados Unidos, Escandinávia e Dinamarca e, posteriormente, no Japão. Vários estudos têm sido conduzidos em diversas áreas da odontologia, incluindo pesquisas que identificaram os padrões de exercício odontológico em relação ao diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie. Estudos em nível nacional, com clínicos gerais e especialistas, são necessários para conhecer o padrão das práticas odontológicas relacionadas ao principal problema de saúde bucal da população, a cárie dentária.

A população do estudo compreenderá todos os odontopediatras (n=8318) inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO) de cada estado brasileiro e que consentirem em participar desta pesquisa. Serão coletados dados relacionados ao diagnóstico, métodos utilizados para prevenir e/ou tratar a doença cárie e avaliação de risco (questões provenientes do questionário da Dental Practices-Based Research Network, já traduzido e adaptado para o português brasileiro), bem como informações sociodemográficas e referentes a formação e atuação profissional, por meio de questionário de preenchimento online. Os dados serão analisados por estatística descritiva, por

Endereço: HUMAITÁ 1680

Bairro: CENTRO

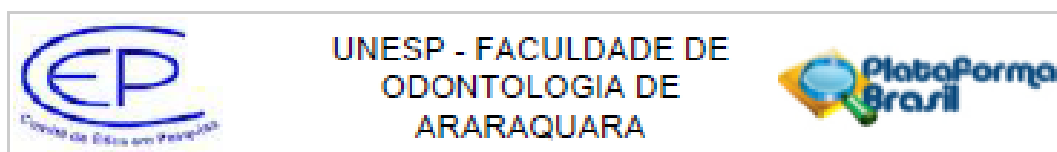
UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-8450

CEP: 14.801-003

E-mail: cep@foar.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.029.905

melo de frequências e proporções. As associações de interesse serão estudadas por meio do teste de Quiquadrado e de análises de regressão, adotando-se nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo será investigar, por meio de questionário on-line, as práticas odontológicas dos odontopediatras brasileiros relacionadas ao manejo da cárie dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos para este estudo são considerados mínimos, uma vez que se trata de uma pesquisa com a utilização de questionário. Assim, os riscos incluem o desconforto pelo tempo necessário para responder as questões, o constrangimento e a preocupação com a confidencialidade dos dados. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora assegura a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, inclusive quando da apresentação dos resultados desta pesquisa em congressos ou da publicação em revistas científicas. Todas as informações obtidas serão sigilosas e o nome do participante não será identificado em nenhum momento.

Benefícios: Os benefícios de sua participação são indiretos e se referem a contribuição para o avanço do conhecimento na área, uma vez que há carência deste tipo de pesquisa no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

todos os questionamentos foram respondidos. considera-se satisfatório a participação (retorno dos questionários) de 8,2% da amostra estimada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo APROVADO em reunião de 22 de Novembro de 2016.

O pesquisador deverá encaminhar relatórios parciais a cada 01 (um) ano até o prazo final da pesquisa, quando deverá encaminhar o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/11/2016		Aceito

Endereço: HUMAITÁ 1680

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-903

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6459

E-mail: cep@foar.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
ARARAQUARA



Continuação do Parecer: 1.029.965

Básicas do Projeto	ETO_819318.pdf	14:31:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	16/11/2016 14:29:28	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer.pdf	16/11/2016 14:29:03	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Outros	Solicitacao.pdf	04/11/2016 10:15:29	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Outros	Modelo_email_CRO.pdf	04/11/2016 10:12:53	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_CEP.pdf	04/11/2016 10:12:23	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	04/11/2016 10:11:53	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/11/2016 10:11:28	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/11/2016 10:09:46	Elaine Pereira da Silva Tagliaferro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 22 de Novembro de 2016

Assinado por:
Andréa Gonçalves
(Coordenador)

Endereço: HUMAITA 1680

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-903

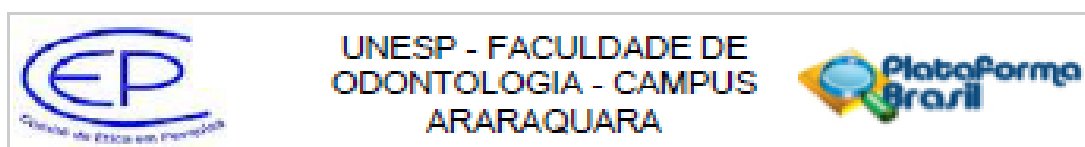
UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-8459

E-mail: cep@foar.unesp.br

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estudo transversal sobre a prática clínica dos odontopediatras brasileiros no manejo da cárie dentária

Pesquisador: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61653616.5.0000.5416

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.278.140

Apresentação do Projeto:

Solicita-se:

1) Alterações no prazo: Devido a intercorrências durante o desenvolvimento do questionário em plataforma on-line, houve atraso no início da coleta de dados. Além disso, haverá necessidade de prorrogação de prazo da pesquisa, a fim de tentar aumentar a taxa de resposta. Pretende-se coletar os dados até janeiro/2018.

2. Alterações na metodologia: outras estratégias serão utilizadas, após a devida autorização deste CEP, para convidar os odontopediatras a participarem da pesquisa. Assim, pretende-se solicitar apoio da Associação Brasileira de Odontopediatria, de páginas do Facebook como: Odontopediatria Baseada em Evidências; Odontopediatria Brasil; Odontopediatria em Evidência; Odontopediatria: evidências para você; Politano: odontopediatria e ortodontia; Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria. Adicionalmente, um banco de dados com e-mails de dentistas brasileiros está sendo criado e pretende-se usá-lo para fazer o convite aos odontopediatras. Portanto, considerando a necessidade de tais alterações para se atingir VII - Indicar solicitação de alterações (se for o caso): o objetivo da pesquisa e a não modificação dos riscos já descritos no projeto, encaminhamos esta emenda com relatório parcial ao CEP.

Endereço: HUMAITÁ 1680

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6469

CEP: 14.801-903

E-mail: cep@foar.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CAMPUS
ARARAQUARA



Continuação do Parecer: 2.278.140

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se do relatório parcial do projeto cujo objetivo é investigar, por meio de questionário on-line, as práticas odontológicas dos odontopediatras brasileiros em relação ao diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios de sua participação são indiretos e se referem a contribuição para o avanço do conhecimento na área, uma vez que há carência deste tipo de pesquisa no Brasil. Os riscos são considerados mínimos e incluem o desconforto pelo tempo necessário para responder as questões, o constrangimento e a preocupação com a confidencialidade dos dados. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora assegura a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, inclusive quando da apresentação dos resultados desta pesquisa em congressos ou da publicação em revistas científicas. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram contatados, via telefone, os CROs dos 26 Estados brasileiros e 1 Distrito Federal. Os CROs dos seguintes estados não apoiaram a pesquisa: Pará (n=163), Paraná (n=630) e Distrito Federal (n=281; Brasília), totalizando 1074 inscritos. Os seguintes estados utilizaram a informática do CRO para disparo do convite para participação na pesquisa com o link do questionário on-line: Acre, Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe. Os seguintes estados enviaram a lista de e-mails dos Odontopediatras inscritos: Alagoas, Ceará, Rio Grande do Sul. O estado do Maranhão enviou uma lista contendo os telefones e endereço dos profissionais inscritos. O estado de Pernambuco apoiou a pesquisa, porém fez uma chamada para a participação da pesquisa vinculada a uma fanpage do CRO nas redes sociais (facebook). Até o momento, ainda há estados que não se manifestaram, mesmo após aproximadamente quatro ligações telefônicas: Amapá, Bahia, Piauí, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima, Tocantins (n total desses Estados: 1580). Portanto, embora não tenhamos a certeza de quantos profissionais efetivamente receberam o e-mail, estima-se que 5581 dentistas receberam o convite para participação na pesquisa. A coleta de dados começou no mês de maio de 2017 e, até o momento, foram recebidas 143 respostas. Destes, 21 foram excluídos pois apresentavam duplicidade ou estavam sem resposta, totalizando 122 participantes. Na amostra de 122 dentistas, 85 são do Estado de SP (70%), 5 (4%) do MS, 1 (1%) do RN, 7 (6%) de MG, 9 (7%) do RS, 3 (2%) do ES, 3 (2%) do MT, 2 (2%) do CE, 4 (3%) de AL, 2 (2%) de SC e 1 (1%) da PB. Considerando o número estimado de dentistas que receberam o convite (n=5581), a taxa de

Endereço: HUMAITÁ 1680

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-900

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-8469

E-mail: oep@foar.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CAMPUS
ARARAQUARA



Continuação do Parecer 2.278.140

resposta até o momento é de 2%. Nesta amostra parcial, os participantes têm idade média de 39 anos, 94% são mulheres, 91% são brancos e 62% são casados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda APROVADA em reunião de 15 de Setembro de 2017.

O pesquisador deverá encaminhar relatórios parciais a cada 01 (um) ano até o prazo final da pesquisa, quando deverá encaminhar o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_992380_E1.pdf	05/09/2017 11:57:04		Acelto
Outros	Relatorio_parcial_emenda.pdf	05/09/2017 11:55:52	THAMYRIS DE SOUZA CARVALHO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	16/11/2016 14:29:28	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Outros	Resposta_ao_parecer.pdf	16/11/2016 14:29:03	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Outros	Solicitacao.pdf	04/11/2016 10:15:29	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Outros	Modelo_email_CRO.pdf	04/11/2016 10:12:53	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_CEP.pdf	04/11/2016 10:12:23	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	04/11/2016 10:11:53	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/11/2016 10:11:28	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/11/2016 10:09:46	Elaine Pereira da Silva Tagliatemo	Acelto

Endereço: HUMAITA 1880

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-903

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-8459

E-mail: cep@fob.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CAMPUS
ARARAQUARA



Continuação do Parecer: 2.279.140

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 15 de Setembro de 2017

Assinado por:

Ligia Antunes Pereira Pinelli
(Coordenador)

Endereço: HUMAITA 1680

Bairro: CENTRO

CEP: 14.801-900

UF: SP

Município: ARARAQUARA

Telefone: (16)3301-6489

E-mail: oep@foa.unesp.br

ANEXO C

Questões sobre perfil profissional

ATUAÇÃO

Atualmente, você atua como Odontopediatra? () SIM () NÃO. Se sua resposta for positiva, continue respondendo. Caso contrário, sua participação se encerra aqui. Muito obrigada pela atenção!

1. Atualmente, você está exercendo atividade clínica?

(0) Não (1) Sim

2. Em que local(is) você exerce atividade clínica (por favor, indique todas as alternativas que forem necessárias para caracterizar sua atividade clínica)?

- (1) Consultório particular
- (2) Serviço público (posto de saúde, escola municipal, etc)
- (3) Faculdade pública, como docente
- (4) Faculdade particular, como docente
- (5) Outro. Por favor, especifique: _____

3. Qual é sua carga horária semanal, atendendo pacientes, em consultório particular e/ou serviço público?

Consultório particular: _____ horas semanais

Serviço público: _____ horas semanais

Outro: _____ horas semanais

GRADUAÇÃO

4. Qual foi o ano de sua graduação? _____

4a. Em que faculdade você se formou? _____

4b. Tipo de faculdade: (1) Pública (2) Privada

PÓS-GRADUAÇÃO

5. Especialização:

(0) Não

(1) Em andamento - área: _____

(2) Concluída - área: _____

6. Mestrado:

(0) Não

(1) Em andamento - área: _____

(2) Concluído - área: _____

7. Doutorado:

(0) Não

(1) Em andamento - área: _____

(2) Concluído - área: _____

8. Pós-Doutorado:

(0) Não

(1) Em andamento - área: _____

(2) Concluído - área: _____

CLIENTELA ATENDIDA**9. Aproximadamente, qual a porcentagem dos seus pacientes são...?**

Crianças e adolescentes (1-18 anos): _____%

Jovens adultos (19-44 anos): _____%

Adultos de meia idade (45-64 anos): _____%

Idosos (65 anos ou mais): _____%

*Por favor, confira se o total das porcentagens soma 100%***10. Aproximadamente, qual a porcentagem dos seus pacientes são...?**

Cobertos por plano odontológico: _____%

Pacientes SUS-dependentes: _____%

Pacientes particulares, pagam por todo o serviço recebido: _____%

Outro. Por favor especifique: _____ %

*Por favor, confira se o total das porcentagens soma 100%***DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****11. Idade:** _____ anos**12. Etnia:** (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

13. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

14. Estado Civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Outro

Agradecemos sua valiosa colaboração

Questões sobre a prática odontológica no manejo da cárie dentária

PARTE 1: Questões 1 – 8 relacionam-se com métodos que você pode ou não usar para diagnosticar a cárie dentária. Por favor, circule o número que melhor corresponde à sua resposta.

1. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de cárie na superfície **proximal** (mesial ou distal), em qual porcentagem destes pacientes você usa **radiografias** para ajudar a diagnosticar a lesão?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

2. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de cárie na superfície **oclusal**, em qual porcentagem destes pacientes você usa **radiografias** para ajudar a diagnosticar a lesão?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

3. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie oclusal primária**, em qual porcentagem destes pacientes você usa uma **sonda exploradora** para diagnosticar a lesão?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

4. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie adjacente a uma restauração existente** (cárie recorrente/secundária), em qual porcentagem destes pacientes você usa uma **sonda exploradora** para diagnosticar a lesão?

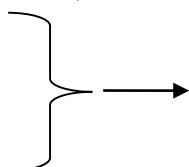
- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

5. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie primária** na superfície **oclusal**, em qual porcentagem destes pacientes você usa **fluorescência a laser** (por exemplo, Diagnodent®)?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

6. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie primária**, em qual porcentagem destes pacientes você usa **secagem com jato de ar** para diagnosticar a lesão?

- 1 – Nunca ou 0% (pular para a questão 7)
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%



6b. Aproximadamente por quanto tempo você seca a superfície do dente?

- 1 – 1-2 segundos
- 2 – 3-4 segundos
- 3 – 5 segundos
- 4 – Mais que 5 segundos

7. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie** na superfície **proximal** (mesial ou distal) de um dente anterior, em qual porcentagem destes pacientes você usa um dispositivo especial de transiluminação por **fibra ótica** para diagnosticar a lesão?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

8. Quando você examina pacientes para determinar se eles têm uma lesão de **cárie**, em qual porcentagem destes pacientes você usa algum tipo de **ampliação** para diagnosticar a lesão (por exemplo, óculos com lentes de aumento ou magnificação, câmera intra-oral, etc.)?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

PARTE 2: Questões 9-15 relacionam-se com os métodos que você pode ou não usar para prevenir ou tratar cárie dentária. Por favor, circule o número que melhor corresponde à sua resposta.

9. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você aplica **selantes** nas superfícies oclusais de seus dentes permanentes?

- 1 – Nunca ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Sempre ou 100%

10. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você realiza **aplicação tópica de flúor em consultório**, tais como gel fluoretado, verniz fluoretado, ou bochecho fluoretado?

- 1 – Nenhum ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Todos ou 100%

11. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você recomenda **bochecho fluoretado sem prescrição** (comprado em supermercado)?

- 1 – Nenhum ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Todos ou 100%

12. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você fornece uma **prescrição de flúor** (precisa de receita para ser comprado)?

- 1 – Nenhum ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Todos ou 100%

13. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você recomenda **bochecho com clorexidina**?

- 1 – Nenhum ou 0%
 2 – 1 a 24%
 3 – 25 a 49%
 4 – 50 a 74%
 5 – 75 a 99%
 6 – Todos ou 100%

14. Dos pacientes de **6 a 18 anos**, para qual porcentagem você recomenda **goma de mascar sem açúcar ou goma de mascar com xilitol**?

- 1 – Nenhum ou 0%
 2 – 1 a 24%
 3 – 25 a 49%
 4 – 50 a 74%
 5 – 75 a 99%
 6 – Todos ou 100%

15. Você faz avaliação de risco de cárie para pacientes individualmente em qualquer ocasião?

- 1 – Sim →
 2 – Não **[pule para questão 16]**

15b. Você usa um formulário especial para avaliação de risco de cárie?

- 1 – Sim
 2 – Não

PARTE 3: Para as questões 16-19, estamos interessados em quais fatores você acredita que sejam mais importantes para elaborar um plano de tratamento. Por favor, circule o número que melhor corresponde à sua resposta.

16. Para pacientes de **6 a 18 anos**, qual é a importância de cada um dos fatores abaixo quando você decide sobre um plano de tratamento?

	Não é importante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante
a. Paciente tem uma lesão de cárie ativa	1	2	3	4	5
b. Paciente teve cárie recentemente	1	2	3	4	5
c. Experiência de cárie dos pais	1	2	3	4	5
d. Paciente tem várias restaurações extensas	1	2	3	4	5
e. Higiene bucal atual	1	2	3	4	5
f. Presença de aparelhos dentários	1	2	3	4	5
g. Acesso ao flúor	1	2	3	4	5
h. Dieta	1	2	3	4	5
i. Diminuição da função salivar	1	2	3	4	5
j. Sua própria avaliação subjetiva sobre o paciente	1	2	3	4	5
k. Entendimento do paciente (ou responsável) sobre a progressão da cárie	1	2	3	4	5
l. Comprometimento do paciente (ou responsável) de retornar para acompanhamento	1	2	3	4	5
m. Idade do paciente	1	2	3	4	5
n. Situação socioeconômica do paciente	1	2	3	4	5
o. Não aplicável – Eu não atendo pacientes de 6 a 18 anos.	1	2	3	4	5

17. Qual a porcentagem de pacientes em sua prática diária está suficientemente interessada na prevenção da cárie para justificar que você os recomende um tratamento preventivo individualizado?

- 1 – Nenhum ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Todos ou 100%

18. Para qual porcentagem de pacientes você realiza um tratamento preventivo individualizado específico para a necessidade deles?

- 1 – Nenhum ou 0%
- 2 – 1 a 24%
- 3 – 25 a 49%
- 4 – 50 a 74%
- 5 – 75 a 99%
- 6 – Todos ou 100%

19. Quão fortemente você concorda com esta afirmação: “A avaliação de risco de cárie feita por um dentista para um paciente individual pode prever se o paciente desenvolverá ou não novas cáries no futuro”?

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo um pouco
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo um pouco
- 5 – Concordo totalmente

PARTE 4: Por favor, utilize o seguinte guia para os códigos de tratamento usados nas questões 20-22. Para cada questão, circule as letras que correspondem aos códigos de tratamento que você escolheria para as situações descritas. Se o código de tratamento “j” (outro) for usado, por favor, especifique. Você pode circular mais de um código de tratamento por questão.

c. Aplicar flúor em consultório	c	c	c
d. Prescrição de flúor	d	d	d
e. Recomendar flúor sem prescrição	e	e	e
f. Uso de selante ou resina fluida no dente	f	f	f
g. Tratamento com clorexidina	g	g	g
h. Polimento, recontorno ou reparo da superfície, ou reparo da restauração, mas não substituição	h	h	h
i. Substituição da restauração inteira	i	i	i
j. Outro tratamento (por favor, especifique):	j	j	j



20. Imagine que um paciente de 17 anos de idade sem histórico médico relevante. Ele não tem queixas e está em seu consultório hoje para uma consulta de rotina. Ele tem visitado seu consultório uma vez a cada 6 meses regularmente nos últimos 6 anos. Ele tem 5 restaurações e não tem dentes extraídos. Indique qual tratamento você recomendaria para a restauração mostrada pela seta na primeira foto à esquerda. Por favor, circule suas respostas acima.

[Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mejåre I, Nyvad B. Caries - New knowledge or oldtruths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.)



21. Agora imagine que o paciente não apresenta outras restaurações ou lesão de cárie, e não tem dentes extraídos. Indique qual tratamento você recomendaria para a restauração na segunda foto, à esquerda. Por favor, circule suas respostas acima.

Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mejäre I, Nyvad B. Caries - New knowledge or oldtruths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.)



22. Continue a imaginar que o paciente não apresenta outras restaurações ou lesão de cárie, e não tem dentes extraídos. Indique qual tratamento você recomendaria para a restauração na terceira foto, à esquerda. Por favor, circule suas respostas acima.

Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mejäre I, Nyvad B. Caries - New knowledge or oldtruths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.)

PARTE 5: Por favor, utilize o seguinte guia para os códigos de tratamento usados nas questões 23-25. Para cada questão, circule as letras que correspondem aos códigos de tratamento que você recomendaria para cada um dos cinco casos. Se o código de tratamento “n” (outro) for usado, por favor, especifique. Você pode circular mais de um código de tratamento por caso.

- | | |
|---|---|
| a. Nenhum tratamento no momento, acompanhar o paciente regularmente | h. Preparo minimamente invasivo e restauração preventiva com resina |
| b. Aplicar flúor em consultório | i. Abrasão a ar e selante |
| c. Recomendar flúor sem prescrição | j. Abrasão a ar e restauração preventiva com resina |
| d. Prescrição de flúor | k. Restauração de amálgama |
| e. Uso de selante ou resina fluida no dente | l. Restauração de resina composta |
| f. Tratamento com clorexidina | m. Restauração indireta |
| g. Preparo minimamente invasivo e selante | n. Outro tratamento (por favor, especifique): |

23. Suponha que o paciente tenha 17 anos, sem histórico médico relevante. Ele não tem queixas e está em seu consultório hoje para uma consulta de rotina. Ele tem visitado seu consultório uma vez a cada 6 meses regularmente nos últimos 6 anos, não apresenta outra restauração ou lesão de cárie, e não tem dentes extraídos.



[Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mej re I, Nyvad B. Caries - New knowledge or old truths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.) . Clique nas imagens para melhor visualização.

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g
h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n

24. Agora suponha que o paciente tem 12 dentes com restaurações, muita placa e cáculo, múltiplas lesões de mancha branca classe V e cinco dentes extraídos.

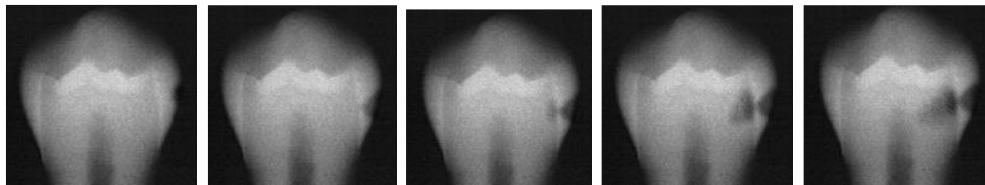
Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g
h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n

25. Agora suponha que a paciente é uma criança de 12 anos de idade sem histórico médico relevante. A paciente está em seu consultório hoje pela primeira vez para uma consulta de rotina. Ela tem 5 restaurações e placa moderada. Um dique de borracha (isolamento absoluto) não pode ser utilizado.

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g	a b c d e f g
h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n	h i j k l m n

PARTE 6: Para as questões 26 e 27, por favor, circule o número que corresponde à profundidade da lesão a partir da qual você acha que o melhor a fazer   uma restauração permanente (resina composta, amálgama, etc.) em vez de fazer apenas terapia preventiva?

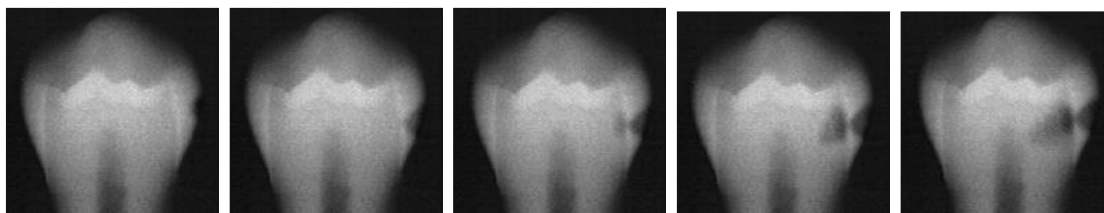
26. Suponha que o paciente tenha 17 anos de idade sem histórico médico relevante. Ele não tem queixas e está em seu consultório hoje para uma consulta de rotina. Ele tem visitado seu consultório uma vez a cada seis meses regularmente nos últimos 6 anos, não apresenta outra restauração ou lesão de cárie, e não tem dentes extraídos.



[Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mej re I, Nyvad B. Caries - New knowledge or old truths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.) . Clique nas imagens para melhor visualização.

1 2 3 4 5

27. Agora, suponha que o paciente tem 12 dentes com restaurações, muita placa e cáculo, múltiplas lesões de mancha branca classe V, e nenhum dente extraído. Em que profundidade da lesão você acha que seria melhor fazer uma restauração permanente em vez de apenas fazer terapia preventiva?



[Imagem reproduzida de Espelid et al. com permissão] (Espelid I, Tveit AB, Mejåre I, Nyvad B. Caries - New knowledge or old truths? The Norwegian Dental Journal. 1997; 107:66-74.) . Clique nas imagens para melhor visualização.

1

2

3

4

5

Para finalizar, por favor indique se suas respostas foram referentes à sua atuação em:

- (1) Consultório particular
- (2) Serviço público
- (3) Ambos, pois tenho a mesma conduta nos dois locais de trabalho
- (4) Faculdade de Odontologia, como docente
- (4) Outro. Por favor, especifique: _____

Agradecemos sua valiosa colaboração!

Não autorizo a publicação desde trabalho até a data de 09 de Março de 2020.

Direitos de publicação reservado ao autor

Araraquara, 09 de Março de 2018.

Thamyris de Souza Carvalho