

Brenda Viana Barros

Lesões sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Brasília
2016

Brenda Viana Barros

Lesões sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Soraya Coelho Leal

Coorientadora: Dr^a. Junia Carolina Linhares Ferrari

Coorientadora: Ms. Renata Nunes Cabral

Brasília
2016

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela preciosa graça da vida, que me permitiu estar onde estou, rodeada de pessoas incríveis, sempre nos guiando e abençoando.

À minha família. Obrigada pela cumplicidade e suporte em todos os momentos. Vocês fazem parte do que sou e da minha formação. Sem vocês, eu não teria conseguido chegar até aqui.

À minha mãe, Ulda, grande companheira e melhor amiga, um exemplo de fé e força. Obrigada pelo incentivo, apoio e amor incondicionais. Por nunca me deixar desistir e me incentivar sempre a ir sempre em busca dos meus sonhos. Obrigada por estar sempre ao meu lado torcendo pelo meu sucesso.

À orientadora, professora Soraya Leal, agradeço pela preciosa orientação, contribuição, direcionamento das atividades, paciência e zelo. Trabalhar com você é uma honra por ser essa excelente professora, orientadora e pesquisadora.

As professoras Junia Ferrari e Renata Cabral por serem sempre tão prestativas pela contribuição e qualificação deste estudo.

À professora Ana Paula, pela contribuição na estatística, parte fundamental na construção deste trabalho.

Aos membros que compõem a banca examinadora, Rodrigo Guedes de Amorim, Eliana Takeshita e Vanessa Polina Costa, que prontamente aceitaram nosso convite.

Aos meus amigos e colegas de curso, pelo aprendizado e convivência. Especialmente Ana Beatriz, Larissa Melo, Jéssica Adriana, Aline Bié, Kamilla França, Paula e Camila Valadares. Agradeço todos os dias por todos os momentos incríveis compartilhados, pela amizade, apoio e cada palavra de encorajamento.

EPÍGRAFE

Pensava que nós seguíamos caminhos já feitos, mas parece que não os há. O nosso ir faz o caminho.

C.S Lewis

RESUMO

BARROS, Brenda. Lesões sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir? 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Identificar o tratamento para lesões de cárie CAST 3 e 4 em molares decíduos recomendados por odontopediatras e a necessidade do uso de RX para a decisão do mesmo. Foram selecionados 12 casos clínicos cujas fotografias e radiografias foram disponibilizadas online. Os 74 membros da Associação Brasileira de Odontopediatria - DF foram convidados a avaliar os casos e responder questionário cujas opções eram acompanhar, selar ou restaurar as lesões. Para lesões CAST 4, 62% dos participantes julgaram necessária a radiografia para tomada de decisão. A necessidade de RX mostrou-se associada à profundidade da lesão ($p=0,0001$). Observou-se que antes da apresentação do RX, 71,31% (CAST 3) e 35,52% (CAST 4) optaram por acompanhar e/ou selar as lesões. Após a avaliação do RX esse número foi de 60,93% e 24,59%, respectivamente. Lesões sem imagem em dentina foram preferencialmente acompanhadas e as na metade externa, inicialmente foram seladas (33,2%), restauradas (26,2%) e acompanhadas (26,23%). Após o RX, houve maior indicação de tratamento restaurador (39,76%). Para lesões na metade interna, o tratamento restaurador foi o mais indicado antes (45,25%) e após (83,93%) avaliação radiográfica. Concluiu-se que a radiografia influenciou na tomada de decisão, principalmente para lesões envolvendo a metade interna da dentina, que foram tratadas majoritariamente pelo método invasivo

ABSTRACT

BARROS, Brenda. Carious lesions without obvious cavitation: to monitorate, seal or invade? 2016. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

To identify the treatment for carious lesions CAST 3 and 4 in primary molars recommended by pediatric dentists and the need for the use of X-ray for treatment decision. 12 clinical cases were selected whose photographs and radiographs were available online. The 74 members of the Brazilian Association of Pediatric Dentistry - DF were asked to evaluate the cases and answer a questionnaire whose options were monitoring, sealing or restoring the carious lesions. In regard to CAST 4 lesions, 62% of participants judged necessary radiography for decision making. The need of X-ray was associated with the depth of the lesion ($p = 0.0001$). It was observed that before analysing the X-ray, 71.31% (CAST 3) and 35.52% (CAST 4) have chosen to monitorate/or to seal the lesions. After evaluating the X-ray that number was 60.93% and 24.59%, respectively. Lesions without image in dentin were rather monitorated and when in the outer half, initially were sealed (33.2%), restored (26.2%) and monitorated (26,23%). After the X-ray evaluation, there was a greater restorative treatment indication (39,76%). For lesions in the inner half, the restorative treatment was the most indicated before (45,25%) and after (83,93%) radiographic assessment. It was concluded that the X-ray influenced the decision-making process, especially for lesions involving the inner half of dentin, which were mostly treated by invasive method.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	20
Abstract	22
Introdução.....	23
Materiais e Métodos.....	25
Resultados.....	29
Discussão.....	33
Referências	39
Anexos.....	45
Normas da Revista.....	45
Comitê de Ética e Plataforma Brasil.	50
Apêndices.....	51
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsáveis Pelos Pacientes.....	51
Termo de Autorização para Utilização de Imagem em Pesquisa.....	55
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Dentistas Especialistas Em Odontopediatria.....	57

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

BARROS, Brenda; FERRARI, Junia; CABRAL, Renata; RIBEIRO, Ana; LEAL, Soraya. Lesões sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Apresentado sob as normas de publicação da **Revista “Caries Research”**.

FOLHA DE TÍTULO

Lesões sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Brenda Viana Barros¹

Junia Carolina Linhares Ferrari²

Renata Nunes Cabral³

Ana Paula Dias Ribeiro⁴

Soraya Coelho Leal⁵

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Doutora em Odontopediatria pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB).

⁴ Professora Adjunta de Dentística da Universidade de Brasília (UnB).

⁵ Professora Adjunta de Odontopediatria da Universidade de Brasília (UnB)

Correspondência: Prof. Dr. Soraya Coelho Leal

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: sorayaodt@yahoo.com / Telefone: (61) 81184949

RESUMO

Lesão sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Resumo

Identificar o tratamento para lesões de cárie CAST 3 e 4 em molares decíduos recomendados por odontopediatras e a necessidade do uso de RX para decisão do mesmo. Foram selecionados 12 casos clínicos cujas fotografias e radiografias foram disponibilizadas online. Os 74 membros da Associação Brasileira de Odontopediatria - DF foram convidados a avaliar os casos e responder questionário cujas opções eram acompanhar, selar ou restaurar as lesões. Para lesões CAST 4, 62% dos participantes julgaram necessária a radiografia para tomada de decisão. A necessidade de RX mostrou-se associada à profundidade da lesão ($p=0,0001$). Observou-se que antes da apresentação do RX, 71,31% (CAST 3) e 35,52% (CAST 4) optaram por acompanhar e/ou selar as lesões. Após a avaliação do RX esse número foi de 60,93% e 24,59%, respectivamente. Lesões sem imagem em dentina foram preferencialmente acompanhadas e as na metade externa, inicialmente foram seladas (33,2%), restauradas (26,2%) e acompanhadas (26,23%). Após o RX, houve maior indicação de tratamento restaurador (39,76%). Para lesões na metade interna, o tratamento restaurador foi o mais indicado antes (45,25%) e após (83,93%) avaliação radiográfica. Concluiu-se que a radiografia influenciou na tomada de decisão, que foi considerado imprescindível principalmente para lesões envolvendo a metade interna da dentina, interferindo a decisão de tratamento das mesmas, que foram tratadas majoritariamente pelo método invasivo.

Palavras-chave

Cárie dentária; Molar decíduo; Odontologia Preventiva; CAST.

Relevância Clínica

O diagnóstico de cárie é essencial para a tomada de decisão de tratamento. O presente trabalho mostrou haver divergência no manejo clínico de lesões em dentina não cavitadas em molares decíduos, e que a profundidade da lesão observada na radiografia é importante para a decisão por abordagens mais ou menos invasivas

ABSTRACT

Abstract

To identify the treatment for carious lesions CAST 3 and 4 in primary molars recommended by pediatric dentists. 12 clinical cases were selected whose photographs and radiographs were available online. The 74 members of the Brazilian Association of Pediatric Dentistry - DF were asked to evaluate the cases and answer a questionnaire whose options were monitoring, sealing or restoring the carious lesions. In regard to CAST 4 lesions, 62% of participants judged necessary radiography for decision making. The need of X-ray was associated with the depth of the lesion ($p = 0.0001$). It was observed that before analysing the X-ray, 71,31% (CAST 3) and 35,52% (CAST 4) have chosen to monitorate/or to seal the lesions. After evaluating the X-ray that number was 60,93% and 24,59%, respectively. Lesions without image in dentin were rather monitorated and when in the outer half, initially were sealed (33,2%), restored (26,2%) and monitorated (26,23%). After the X-ray evaluation, there was a greater restorative treatment indication (39,76%). For lesions in the inner half, the restorative treatment was the most indicated before (45,25%) and after (83,93%) radiographic assessment. It was concluded that the X-ray influenced the decision-making process, which was considered essential for lesions involving the inner half of the dentin, interfering with the decision to how treat them, being mostly treated by the invasive method.

Keywords

Dental caries; Primary molar; Preventive dentistry; CAST.

Introdução

No passado, o diagnóstico da cárie dentária limitava-se à detecção de lesões cariosas cavitadas, que recebiam tratamentos invasivos como forma de manejo. Assim, se estabelecia um “ciclo restaurador repetitivo” e o tratamento odontológico não contemplava a adoção de medidas direcionadas ao controle do processo carioso [Elderton, 1990].

Com o advento da filosofia da mínima intervenção, uma nova abordagem de manejo de cárie dentária foi proposta, em que se preconiza uma prática clínica que objetiva controlar o processo da doença, preservando o máximo de estrutura dentária possível, garantindo o dente funcional para a vida toda [Murdoch-Kinch e McLean, 2003]. Desta forma, o diagnóstico da doença em estágios ainda iniciais assume importância fundamental, uma vez que torna possível evitar, em muitos casos, intervenções invasivas.

Tradicionalmente, a inspeção visual é o método mais comumente empregado para a detecção de lesões cariosas, podendo estar associado à inspeção tátil, embora haja evidências de que o uso da sonda exploradora não melhora a acurácia do diagnóstico. [Lizarelli et. al, 2004; Downer e O'Mullane, 1975]. O método de inspeção visual para detecção de lesões de cárie baseia-se na busca por alterações físicas no elemento dental, tais como cavitação, presença de sombreamento, além de mudanças na translucidez e na textura do esmalte, indicadores da presença de perdas minerais. A avaliação destes indicadores pode determinar a atividade da lesão. [Filho e Souza, 2005; Nyvad et al., 1999].

O método visual quando utilizado isoladamente possibilita falha na percepção de algumas lesões de cárie tanto em superfícies oclusais quanto nas proximais [Hopcraft e Morgan, 2005]. A associação dos exames visual e radiográfico fornece informações importantes para o diagnóstico e, conseqüentemente, para a tomada de decisão. Dessa forma, a avaliação das características

clínicas da atividade da lesão é possível por meio do exame visual, e a extensão da lesão é definida por meio do exame radiográfico. Idealmente, o registro das lesões cáries deve basear-se em um sistema que classifique as lesões de acordo com o estágio de progressão e a atividade da lesão.

De acordo com os níveis sequenciais de perda mineral, o diagnóstico pode ser categorizado em lesões subclínicas, lesões detectáveis somente com exames complementares, lesões clinicamente detectáveis subdivididas em lesões em esmalte com ou sem cavidade e lesões em dentina com ou sem cavitação) e lesões que se estendem até a polpa [Mota et al., 2012].

A ideia de que se registre a cárie dentária apenas quando uma cavidade é perceptível a olho nu não é mais aceita. Com a diminuição na prevalência da cárie da população mundial, tornou-se mandatório o desenvolvimento de sistemas mais sensíveis para o diagnóstico de cárie. O critério Nyvad, o sistema ICDAS II e o CAST são exemplos de instrumentos que incluem o registro de lesões não cavitadas, que envolvem os estágios do processo cariioso, considerando desde alterações iniciais na translucidez do esmalte até grandes cavitações. [Nyvad et al., 1999; Ismail et al., 2007; Frencken et al., 2013]. Em especial no sistema ICDAS II e no instrumento CAST, há o registro de lesões sem cavitação óbvia em dentina, porém, com um sombreamento observado através do esmalte que indica que a lesão cáries já atingiu a mesma, classificada como ICDAS 4/CAST 4; e lesões com nítida mudança visual em esmalte, somente (ICDAS 2/CAST 3), apresentando ou não ruptura (ICDAS 3/CAST 3). Assim, surge a indagação: uma vez diagnosticadas, como tratar tais lesões?

Novas abordagens e tratamentos não invasivos de cárie vêm sendo estudados. Pode-se afirmar que o tratamento deve basear-se no controle do processo de doença e tem como consequência a paralisação da lesão [Nyvad et al., 1999]. O diagnóstico tem sido descrito como “um momento de reflexão a caminho da intervenção” [Baelum e Fejerskov, 2005]. Sendo assim, do ponto

de vista de tratamento, a avaliação de presença de lesão de cárie deve dar lugar à presença de lesão de cárie que requer tratamento. Considerando que vários fatores podem influenciar a tomada de decisão [Kay e Nuttall, 1995], e que tratamentos mais ou menos invasivos são propostos para o manejo de um mesmo tipo de lesão de cárie, é importante entender como esse processo se dá na prática.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho consistiu na identificação do tratamento indicado por especialistas em odontopediatria para lesões de cárie com envolvimento de dentina, sem cavitação óbvia em dentina, após diagnóstico realizado por meio de fotografias e radiografias de molares decíduos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Brasília (Protocolo: 55859915.3.0000.0030) (Anexo 2). Um termo de consentimento autorizando a participação das crianças voluntárias foi assinado pelos responsáveis (Apêndice 1), assim como cada criança assinou um termo de autorização para utilização de imagem (Apêndice 2). As crianças cujos responsáveis não assinaram o termo de consentimento ou o termo de autorização para utilização de imagem foram excluídos da pesquisa. Da mesma forma, membros da Associação Brasileira de Odontopediatria – DF convidados a responder o questionário só tiveram acesso ao mesmo após concordarem com um termo de consentimento para a participação, exposto on-line (Apêndice 3). A participação neste estudo foi voluntária e a identidade dos participantes foi mantida em sigilo, garantido o direito daqueles que não quiseram participar.

Seleção de amostra

A partir de casos clínicos de crianças atendidas na disciplina de odontopediatria da Universidade de Brasília - UnB, foram selecionadas 12 fotografias e radiografias interproximais de molares decíduos de pacientes voluntários. Todas as tomadas radiográficas foram realizadas com o uso de aventais e colares plumbíferos, com o objetivo de reduzir a exposição de radiação secundária.

Os molares decíduos possuíam lesões de cárie oclusais registradas com os códigos 3 (n=6) e 4 (n=6) do CAST (Caries Assessment Spectrum and Treatment), e que radiograficamente, foram classificadas da seguinte forma: 3 molares sem imagem radiográfica em dentina, sendo dois CAST 3 e um CAST 4; 4 molares contendo lesão radiográfica até metade externa da dentina, dois CAST 3 e dois CAST 4; 5 molares com lesão invadindo metade interna da dentina, dois CAST 3 e três CAST 4. Tanto a avaliação clínica quanto radiográfica foi determinada por meio de consenso por grupo de experts.

Todos os especialistas em Odontopediatria registrados na Associação Brasileira de Odontopediatria - Regional Brasília (n=74) até Fevereiro de 2016 foram convidados a responder o questionário referente aos casos clínicos mencionados.

Coleta de dados

Os 12 casos clínicos foram avaliados on-line por meio de fotos clínicas e radiografias (Figura 1). Cada caso incluiu uma fotografia e uma radiografia. A sequência de apresentação das fotografias e radiografias foi determinada aleatoriamente, sendo a mesma para todos os dentistas que participaram da pesquisa. Para a coleta dos dados, cada voluntário teve acesso, por e-mail, a um questionário padrão, onde avaliaram, do ponto de vista de tratamento, se

necessitariam de radiografia para tomada de decisão e qual seria a escolha de tratamento antes e após a radiografia.

As opções de tratamento foram as seguintes: acompanhar, selar (qual tipo de material – cimento de ionômero de vidro ou resina composta) ou restaurar (qual tipo de restauração fariam, com as opções: cimento de ionômero de vidro ou resina composta).

Os dentistas também foram questionados quanto às seguintes variáveis: idade, gênero, tempo de formado e tempo como especialista.

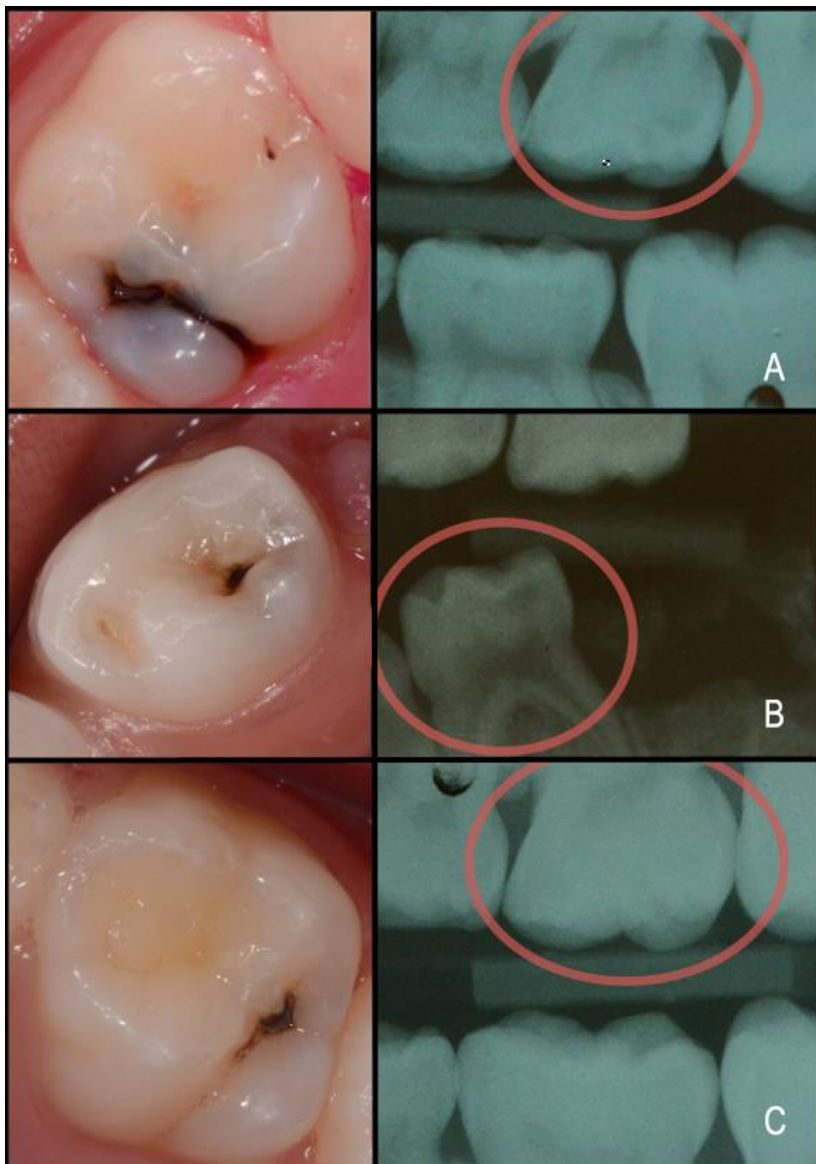


Figura 1 – Fotos clínicas e radiografias apresentadas on-line. Podem ser observadas lesões de cárie CAST 4 envolvendo metade externa da dentina (A) e metade interna da dentina (B) e lesão CAST 3 sem envolvimento da dentina (C).

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio do valor absoluto e porcentagem, e comparadas por meio do teste de chi-quadrado ou Fisher.

O modelo de regressão logística multivariado que incluiu todos os possíveis fatores confundidores foi utilizado.

O valor de p menor que 0,05 foi considerado para indicar significância estatística.

A análise estatística foi realizada com o software STATA, versão 13,0.

RESULTADOS

Caracterização da amostra:

Foram obtidos 61 questionários respondidos por especialistas em Odontopediatria do Distrito Federal, sendo 54 do gênero feminino (88,5%), 4 do gênero masculino (6,5%) e 3 sem especificação de gênero (5%). A idade média foi de 42 anos (± 10 anos). O tempo de formado foi de 19 anos ($\pm 9,8$ anos) e o tempo médio de especialista foi de 13,5 anos (± 8 anos).

Necessidade de radiografia em razão do código CAST e profundidade da lesão

Quando se avaliou a necessidade de exame radiográfico em relação à classificação da lesão (Tabela 1), observou-se uma necessidade maior para as lesões CAST 4 em comparação às CAST 3 ($p < 0,0001$).

Necessidade de radiografia	CAST 3	CAST 4
sim	148 (40%)	225 (62%)
não	214 (60%)	138 (38%)

Tabela 1 - Indicação da radiografia em razão do código CAST
Soma de % deve ser feita em coluna

Quando se avaliou se a necessidade de RX estava associada à profundidade da lesão, observou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), demonstrando, conforme apresentado na Tabela 2. Observa-se quanto mais profunda a lesão, maior foi a indicação da radiografia para a tomada de decisão.

Necessidade de radiografia	Sem imagem em dentina	Metade externa da dentina	Metade interna da dentina
Sim	53 (14,2%)	124 (33,2%)	196 (52,8%)
Não	130 (37%)	118 (33,5%)	104 (29,5%)

Tabela 2 - Avaliação do julgamento da necessidade de radiografia em razão da profundidade da lesão
Soma de % deve ser feita em linha

A indicação da radiografia para tomada de decisão clínica não apresentou-se relacionada com o tempo de formado e o tempo de especialista ($p > 0,05$).

Tomada de decisão de acordo com o código CAST e imagem radiográfica

A tabela 3 apresenta a indicação de tratamento para lesões CAST 3 e 4 antes e após a avaliação radiográfica. Observa-se que após a apresentação das radiografias, o número de especialistas que optaram por selar ou acompanhar a lesão foi reduzido para CAST 3 e CAST 4 de 71,31% e 35,52% para 60,93% e 24,59%, respectivamente.

	Tratamento antes da radiografia		Tratamento após radiografia	
	CAST 3	CAST 4	CAST 3	CAST 4
Acompanhamento	144 (39,34%)	75 (20,49%)	127 (34,7%)	46 (12,57%)
Selante CIV	104 (28,42%)	45 (12,30%)	85 (23,22%)	34 (9,29%)
Selante resina	13 (3,55%)	10 (2,73%)	11 (3,01%)	10 (2,73%)
Restauração CIV	43 (11,75%)	121 (33,1%)	73 (19,95%)	205 (56,01%)
Restauração resina	20 (5,46%)	39 (10,66%)	53 (14,48%)	51 (13,93%)
Necessidade do RX	28 (7,65%)	65 (17,76%)	-	-
Não sabia	14 (3,83%)	11 (3,01%)	17 (4,64%)	20 (5,46%)

Tabela 3 - Indicação de tratamento de acordo com o código CAST e imagem radiográfica

A tabela 4 apresenta a indicação de tratamento antes e após a avaliação da profundidade da lesão de acordo com a radiografia (sem imagem em dentina=0, até metade externa da dentina=1 e metade interna da dentina=2). Observa-se que lesões consideradas sem imagem em dentina foram preferencialmente acompanhadas antes e após a avaliação radiográfica e, conforme o aumento da extensão da lesão em dentina, houve aumento de indicação do tratamento restaurador (Tabela 4):

	Indicação de tratamento antes da radiografia			Indicação de tratamento após radiografia		
	0 n (%)	1	2	0	1	2
Acompanhamento	104 (56,83)	64 (26,23)	51 (16,72)	110 (60,11)	53 (21,72)	10 (3,28)
Selante CIV	39 (21,31)	74 (30,33)	36 (11,80)	36 (19,67)	70 (28,69)	13 (4,26)
Selante resina	10 (5,46)	7 (2,87)	6 (1,97)	5 (2,73)	9 (3,69)	7 (2,30)
Restauração CIV	16 (8,74)	45 (18,44)	103 (33,77)	15 (8,20)	76 (31,15)	187 (61,31)
Restauração resina	5 (2,73)	19 (7,79)	35 (11,48)	14 (7,65)	21 (8,61)	69 (22,62)
Necessidade do RX	7 (3,83)	25 (10,25)	61 (20,00)	-	-	-
Não sabia	2 (1,09)	10 (4,10)	13 (4,26)	3 (1,64)	15 (6,15)	19 (6,23)

Tabela 4 – Indicação de tratamento de acordo com a extensão da lesão em dentina observada na radiografia

Comparando-se o tratamento escolhido antes e após a apresentação da imagem radiográfica, cerca de 51% das decisões permaneceram as mesmas após a radiografia, em 10% dos casos optou-se por um tratamento mais conservador, porém, em 22% por métodos mais invasivos. Houve também uma parcela de indivíduos (17%) que indicou apenas um tratamento (apenas antes ou apenas após a visualização da radiografia).

DISCUSSÃO

A “Era Restauradora”, caracterizada pela remoção total da estrutura dentária cariada para a colocação de uma restauração, constituiu, durante muito tempo, o tratamento de escolha para o manejo clínico da cárie [Maltz e Carvalho, 1999]. Porém, o entendimento atual do processo da doença indica ser possível controlar a progressão da cárie por métodos menos invasivos, mesmo quando esta já está em dentina [Gooch et al., 2009; Ricketts et al., 2013]. Entretanto, existe uma lacuna entre a informação gerada pela pesquisa e sua aplicação clínica, o que faz com que práticas que possam beneficiar o paciente nem sempre se difundam rapidamente [Wallace, 2013]. Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a opção de tratamento indicado para lesões de cárie em esmalte e em dentina, porém sem cavitação óbvia em dentina em molares decíduos.

Uma vez que especialistas em odontopediatria, com frequência, são expostos a situações clínicas como as descritas acima, estes foram considerados o público ideal para julgar os casos selecionados. Assim, a amostra que compôs esta investigação foi formada a partir do registro de especialistas em odontopediatria da Associação Brasileira de Odontopediatria-DF (ABO-DF), por congregarem um grande número de profissionais que estão efetivamente na ativa tanto na clínica privada quanto no serviço público. Pela alta taxa de resposta (82,43%), pode-se afirmar que

os dados que serão discutidos a seguir são representativos desta parcela de profissionais. Entretanto, há de se considerar que muitos outros profissionais que não são odontopediatras, também fazem atendimento clínico do paciente infantil e não foram incluídos, sendo esta uma limitação do estudo.

Quanto aos casos avaliados, a sequência de apresentação foi determinada aleatoriamente por meio de um programa de computador, já que foram selecionados seis casos CAST 3 e seis CAST 4, dos quais quatro casos apresentavam lesão até a metade externa da dentina, cinco lesão até metade interna da dentina e três casos sem imagem radiográfica de acordo com a denominação usada por Kramer et al. [2003] e Fejerskov e Kidd [2005]. Ao se adotar esta estratégia, buscou-se evitar qualquer influência dos autores na decisão de tratamento feita pelos avaliadores.

Inicialmente, todos os casos foram apresentados sem a radiografia, com o objetivo de se avaliar em que situações o profissional achava imprescindível o uso da mesma para a tomada de decisão. Neste contexto, sabe-se que o uso de radiografias interproximais é considerado complementar aos dados do exame visual para o diagnóstico de cárie [Hopcraft e Morgan, 2005; Ricketts et al., 1995], porém existe um debate a respeito de quando solicitar o exame radiográfico, uma vez que este tende a aumentar a escolha por tratamentos mais invasivos [Tan et al., 2002]. Mesmo assim, protocolos, como o proposto pela Academia Européia de Odontopediatria, indicam que uma criança de 5 anos de idade deve ser submetida a um exame radiográfico de rotina mesmo sem a presença visível de cárie ou restauração [Espelid et al., 2003]. Neste aspecto, acredita-se que os avaliadores foram bastante conservadores, já que menos da metade (40%) deles indicou necessitar da radiografia para lesões CAST 3 e 62% necessitavam da mesma para lesões CAST 4. Interessantemente, mesmo sem terem visto a radiografia, observou-se que os especialistas a indicaram para aquelas lesões já na metade interna

da dentina (52,8%) e a indicação de radiografia para lesões sem imagem radiográfica ocorreu em apenas 14,2%. Isso mostra que os especialistas foram capazes de suspeitar da profundidade da lesão em dentina com base na avaliação clínica. Resultados semelhantes em modelo in vitro já foram observados [Novaes et al., 2012; Gomez et al., 2013]. Adicionalmente, observou-se que o tempo de formado e o tempo de especialista não influenciou na indicação.

No que se refere à tomada decisão, determinadas características clínicas são importantes no processo de escolha por tratamentos invasivos ou não invasivos como: extensão (se em esmalte ou dentina – com ou sem cavitação); tipo de lesão (ativa ou inativa) e localização (oclusal ou proximal). Neste quesito, o exame radiográfico mostrou-se significativo para a mudança de decisão clínica. Anterior à apresentação das radiografias, cerca de 73,31% e 35,52% dos especialistas optaram por selar ou acompanhar as lesões CAST 3 e CAST 4, respectivamente. Após a apresentação das radiografias, o percentual diminuiu para 60,93% e 24,54%, respectivamente. Este é um resultado difícil de ser discutido, uma vez que estudos com metodologia similar não foram encontrados. Entretanto, um estudo realizado em molares permanentes extraídos sem cavitação óbvia na superfície oclusal, mostrou que a decisão por tratamentos mais invasivos aumentou substancialmente quando métodos de diagnóstico complementares foram empregados [Pereira et al., 2009]. Avaliando-se a tomada de decisão, observa-se que lesões consideradas sem imagem em dentina foram preferencialmente acompanhadas antes e após a apresentação da imagem radiográfica. Este resultado reforça o perfil conservador dos especialistas que compuseram a amostra desta investigação. Vale destacar que o monitoramento da progressão da lesão é uma alternativa para o manejo de lesões cariosas não cavitadas proposta pela filosofia da mínima intervenção, desde que seja

possível estabelecer intervalos de visitas de controle adequados [Holmegren et al., 2014].

Inicialmente, para as lesões até a metade externa da dentina, o tratamento que apresentou maior frequência de indicação foram os selantes (33,2%), seguido de tratamento restaurador e acompanhamento (26,23%). Após a apresentação da radiografia, observou-se maior indicação de tratamento restaurador (39,76%), sendo que a indicação de selantes ficou em 32,38%, sendo ainda considerado opção de tratamento apesar da apresentação de lesão em dentina.

A utilização dos selantes para lesões não cavitadas encontra suporte na literatura [Beauchamp et al., 2008; Gooch et al., 2009], no entanto, o seu emprego é ainda reduzido quando já se observa envolvimento dentinário [Beltrán-Aguilar et al., 2005]. De acordo com Tellez et al. [2011], muitos dentistas estão relutantes em adotar recomendações clínicas baseadas em evidências a respeito do selamento de lesões de cárie em função do que pode acontecer com as bactérias que foram deixadas no interior da lesão. Porém, revisões sobre os aspectos microbiológicos do selamento de lesões cariosas concluíram que enquanto o selante permanecer intacto sobre as fossas e fissuras, os microrganismos têm grande dificuldade de sobrevivência [Handelman, 1976; Going, 1978]. Adicionalmente, já foi observado ser possível controlar com sucesso a progressão da doença por meio do uso de selantes mesmo em lesões de cárie em terço médio da dentina visíveis radiograficamente [Bakhshandeh et al., 2012]. Estudos preliminares têm sugerido, na dentição decídua, a possibilidade de selamento de lesões dentinárias em superfícies oclusais. [Hesse et al., 2014; Braga et al., 2010]. Entretanto, para que o selamento de lesões cariosas possa ser considerado uma alternativa de tratamento segura, há a necessidade de desenvolvimento de ensaios clínicos bem delineados que avaliem o efeito dos mesmos em longo prazo.

Para lesões mais profundas (metade interna), o tratamento restaurador foi o mais indicado antes (45,25%) e após (83,93%) a apresentação da imagem radiográfica. Os dentistas da presente investigação, uma vez mais, mostraram-se bem mais conservadores que um grupo de clínicos americanos que majoritariamente (63%) já indicariam a restauração quando a lesão está localizada na metade interna do esmalte. Quando na metade externa da dentina, esse percentual elevou-se para 90% [Gordan et al., 2010].

Em relação aos materiais de escolha para os tratamentos propostos, o cimento de ionômero de vidro foi o mais indicado tanto para os selantes quanto para restaurações antes e após a radiografia. Acredita-se que esta escolha tenha sido influenciada pelo tipo de dente (decíduo) e perfil da amostra (odontopediatras). Acredita-se que se a mesma pesquisa fosse realizada incluindo-se não especialistas, ou mesmo especialistas de outras regiões do país e em outros países, resultados diferentes destes seriam encontrados. Porém, esta é uma hipótese que precisaria ser confirmada por outros estudos.

De maneira geral, tanto os selantes à base de resina e de cimento de ionômero de vidro (CIV) têm apresentado resultados positivos no controle de lesões de cárie [Mickenautsch e Yengopal, 2016]. Para restaurações, uma revisão sistemática já mostrou que restaurações de ionômero de vidro podem ser utilizadas com segurança em superfícies únicas, o que dá suporte à escolha dos odontopediatras, considerando que todos os casos apresentados se referiam a lesões de cárie oclusal [Amorim et al., 2012].

Ao se comparar o tratamento escolhido antes e após a apresentação da imagem radiográfica observou-se que tanto a variável classificação clínica (CAST) como a profundidade da lesão foram significativamente relacionadas com a mudança de decisão clínica. Já se a mudança foi por um tratamento mais ou menos conservador, notou-se que apenas a profundidade da lesão visualizada na radiografia foi importante. Lesões mais profundas

foram mais sujeitas a mudança para tratamento mais invasivos. Este achado é coerente com o que se observa em outros estudos nos quais quanto mais profunda for a lesão, maior a chance desta receber uma restauração [Gordan et al., 2010; Rechman et al., 2016].

Com base nos resultados da presente investigação, pôde-se concluir que o exame radiográfico influenciou na tomada de decisão, que foi considerado imprescindível principalmente para lesões envolvendo a metade interna da dentina, interferindo a decisão de tratamento das mesmas, que foram tratadas majoritariamente pelo método invasivo.

REFERÊNCIAS

- Amorim, RFSG, Leal SC, Frencken, JE: Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2009; 16: 429–441.
- Baelum, V.; Fejerskov, O: Diagnóstico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção?. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos, p.101-110, 2005.
- Bakhshandeh A, Qvist V, Ekstrand K: Sealing occlusal caries lesions in adults referred for restorative treatment: 2-3 years of follow-up. *Clin Oral Investig* 2012; 16:521-529.
- Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch B, et al.: Evidence-based clinical recommendations for the use of pitand-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 2008; 139:257-268.
- Beltrán-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, Hyman J, Jaramillo F, Kingman A, Nowjack-Raymer R, Selwitz RH, Wu T: Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis: United States, 1988-1994 and 1999-2002. *MMWR Surveill Summ* 2005; 54:1-43.

- Braga MM, Mendes FM, Raggio DP: Selamento de cárie: uma alternativa para tratamento de lesões de cárie em dentina. São Paulo: Ed. Santos; 2010.
- Downer MC, O'Mullane DM: A comparison of the diagnostic systems for caries evaluation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975; 3(1): 20-4.
- Elderton, RJ. Ciclo restaurador repetitivo: Kriger L. Aboprev - Promoção de saúde bucal. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas 1997; p.195-200.
- Espelid I, Mejare I, Wheelerheijm K: EADP guidelines for use of radiographs in children. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2003, 1: 40-48
- Fejerskov O, Kidd E: Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.
- Filho JCBL, Souza TR. Métodos de detecção de cárie: do tradicional às novas tecnologias de emprego clínico. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo. Cidade*, set-dez.2011; v. 23, n. 3, p 253-265.
- Frencken JE, de Souza AL, van der Sanden WJM, Bronkhorst EM, Leal SC: The Caries Assessment and Treatment (CAST) instrument. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2013;41:71–77.
- Going RE, Loesche WJ, Grainger DA, Syed SA: The viability of microorganisms in carious lesions five years after covering with a fissure sealant. *J Am Dent Assoc.* 1978 Sep;97(3):455-62.

- Gomez J, Zakian C, Salsone S, Pinto SC, Taylor A, Pretty IA, Ellwood R: In vitro performance of different methods in detecting occlusal caries lesions. *J Dent.* 2013; 41:180-6.
- Gooch BF, Griffin SO, Gray SK, Kohn WG, Rozier RG, Siegal M, et al.: Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence. *J Am Dent Assoc* 2009; 140:1356-1365.
- Gordan VV, BaderJD, Garvan WC, Richman JS, Qvist V, Fellows JL, Rindal B, Gilbert GH: Restorative Treatment Thresholds for Occlusal Primary Caries by Dentists. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141: 171.
- Handelman SL: Microbiologic aspects of sealing carious lesions. *J Prev Dent.* 1976; 3(2):29-32.
- Hesse D, Bonifácio CC, Mendes FM, Braga MM, Imparato JCP, Raggio DP: Sealing versus partial caries removal in primary molars: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health* 2014;14:58.
- Holmegren C, Gaucher N, Decerle, Doméjean S: Minimal intervention dentistry II: part 3. Management of non-cavitated (initial) occlusal caries lesions – non-invasive approaches through remineralisation and therapeutic sealants. *British Dental Journal* 2014; 5: 237-243.
- Hopcraft MS and Morgan MV: Comparison of radiographic and clinical diagnosis of approximal and occlusal dental caries in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33 (3):212-8.

- Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, Pitts NB: The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:170-178.
- Kay E, Nuttal N: Clinical decision making – an art or a science? Part I: An Introduction. *Br Dent J* 1995; 178:153-5.
- Kramer PF; Cardoso L; Reis ASP; Silveira D; Tovo, MF: Efeito da aplicação de selantes de fossas e fissuras na progressão de lesões cariosas oclusais em molares deciduos: observações clínicas e radiográficas. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2003.
- Lizarelli RF, Bregagnolo JC, Lizarelli RZ, Palhares JM, Villa GE: A comparative in vitro study to diagnose decayed dental tissue using different methods. *Photomed Laser Surg* 2004; 22(3):205-10.
- Maltz M, Carvalho J: Diagnóstico da doença Cárie. Kriger, L. et al. *Promoção de saúde bucal*. 2 ed., São Paulo: Artes Médicas; 1999.
- Mota, L, Lima, M, Targino, A: Distinção entre Dois Tipos de Lesão Dentinária na Superfície Oclusal sob Esmalte sem Cavitação. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*; 11(03)mar. 2012.
- Mickenautsch S, Yengopal V. Caries-Preventive Effect of High-Viscosity Glass Ionomer and Resin-Based Fissure

Sealants on Permanent Teeth: A Systematic Review of Clinical Trials. PLoS One 2016 Jan 22; 11(1):e0146512.

- Murdoch-Kinch C, Mclean M: Minimally invasive dentistry. Journal of the American Dental Association. 2003;134:87-95.
- Novaes TF, Matos R, Gimenez T, Braga MM, de Bernedetto MS, Mendes FM: Performance of fluorescence-based and conventional methods of occlusal caries detection in primary molars - an in vitro study. Int J Paediatr Dent. 2012; 22:459-66.
- Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V: Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. Caries Res 1999; 33(4):252-60.
- Pereira AC, Eggertsson H, Martinez-Mier, Mialhe FL, Eckert GJ, Zero DT: Validity of caries detection on occlusal surfaces and treatment decisions based on results from multiple caries-detection methods. European Journal of Oral Science 2009; 1: 51-57.
- Rechman P, Doméjean S, Rechmann BMT, Kinsel R, Featherstone DB: Approximal and occlusal carious lesions. Restorative treatment decisions by California dentists. JADA 2016; 147:328-338.
- Ricketts DN, Kidd EA, Smith BG, Wilson RF: Clinical and radiographic diagnosis of occlusal caries: a study in vitro. J Oral Rehabil 1995 Jan; 22(1):15-20.

- Ricketts D, Lamont T, Innes NPT, Kidd E, Clarkson JE: Operative caries management in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD003808.
- Tan PLB, Evans RW, Morgan MV: Caries, bitewings and treatment decisions. Australian Dental Journal 2002; 47: 138-141.
- Tellez M, Gray L, Gray S, Lim S, Ismail AI: Sealants and dental caries: dentists' perspectives on evidence-based recommendations. J Am Dent Assoc 2011; 142:1033-1040.
- Wallace J: Lost in translation: transferring knowledge. Research to clinical practice. Advance in psychiatric treatment 2013; 19: 250-258

ANEXOS

ANEXO 1

NORMAS DA REVISTA

Preparation of Manuscripts

Text should be one-and-a-half-spaced, with wide margins. All pages and all lines must be numbered, starting from the title page. A conventional font, such as Times New Roman or Arial, should be used, with a font size of 11 or 12. Avoid using italics except for Linnaean names of organisms and names of genes. Manuscripts should be prepared as a text file plus separate files for illustrations. The text file should contain the following sequence of sections: Title page; Declaration of interests; Abstract; Introduction; Materials and Methods; Results; Discussion; Acknowledgements; References; Legends; Tables. Each section should start on a new page, except for the body of the paper (Introduction to Acknowledgements), which should be continuous. Lines in the manuscript must be numbered consecutively from the title page until the last page. Submissions which do not conform to these simple guidelines will be returned to the author. **Title page:** The first page of each manuscript should show, in order: the title, which should be informative but concise; the authors' names and initials, without degrees or professional status, followed by their institutes; a short title, maximum length 60 characters and spaces, for use as a running head; a list of 3-10 key words; the name of the corresponding author and full contact details (postal address, telephone and fax numbers, and e-mail address). Declaration of Interests: Potential conflicts of interest should be identified for each author or, if there are no such conflicts, this should be stated explicitly. Conflict of interest exists where an

author has a personal or financial relationship that might introduce bias or affect their judgement. Examples of situations where conflicts of interest might arise are restrictive conditions in the funding of the research, or if an author or their employer holds patent(s) on a product used in the study, or payment to an investigator from organisations with an interest in the study (including employment, consultancies, honoraria, ownership of shares, travel grant). Investigators should disclose potential conflicts to study participants and should state whether they have done so. The possible existence of a conflict of interest does not preclude consideration of a manuscript for publication, but the Editor might consider it appropriate to publish the disclosed information along with the paper. **Abstract:** The abstract should summarise the contents of the paper in a single paragraph of no more than 250 words (to ensure that the abstract is published in full by on-line services such as PubMed). No attempt should be made to give numerical results in detail. References are not allowed in the abstract. **Introduction:** This section should provide a concise summary of the background to the relevant field of research, introduce the specific problem addressed by the study and state the hypotheses to be tested. **Materials and Methods (or Subjects and Methods):** All relevant attributes of the material (e.g. tissue, patients or population sample) forming the subject of the research should be provided. Experimental, analytical and statistical methods should be described concisely but in enough detail that others can repeat the work. The name and brief address of the manufacturer or supplier of major equipment should be given. **Statistical methods** should be described with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to verify the reported results. When possible, findings should be quantified and appropriate measures of error or uncertainty (such as confidence intervals) given. Sole reliance on statistical hypothesis testing, such as the use of P values, should be avoided. Details about eligibility criteria for subjects,

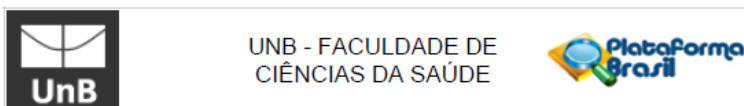
randomization and the number of observations should be included. The computer software and the statistical methods used should be specified. See Altman et al.: Statistical guidelines for contributors to medical journals [Br Med J 1983;286:1489–93] for further information. Manuscripts reporting studies on human subjects should include evidence that the research was ethically conducted in accordance with the Declaration of Helsinki (World Medical Association). In particular, there must be a statement in Materials and Methods that the consent of an appropriate ethical committee was obtained prior to the start of the study, and that subjects were volunteers who had given informed, written consent. Information detailing the power and sample size calculations must be included in the manuscript. **Results:** Results should be presented without interpretation. The same data should not be presented in both tables and figures. The text should not repeat numerical data provided in tables or figures but should indicate the most important results and describe relevant trends and patterns. **Discussion:** This section has the functions of describing any limitations of material or methods, of interpreting the data and of drawing inferences about the contribution of the study to the wider field of research. There should be no repetition of preceding sections, e.g. reiteration of results or the aim of the research. The discussion should end with a few sentences summarising the conclusions of the study. However, there should not be a separate 'Conclusions' section. **Legends:** The table headings should be listed first, followed by the legends for the illustrations. **Tables:** Tables should be numbered in Arabic numerals. Each table should be placed on a separate page. Tables should not be constructed using tabs but by utilising the table facilities of the word-processing software. **Illustrations:** Illustrations should be numbered in Arabic numerals in the sequence of citation. Figure numbers must be clearly indicated on the figures themselves, outside the image area. Black and white half-tone illustrations must have a final resolution of 300 dpi after

scaling, line drawings one of 800-1200 dpi. Figures with a screen background should not be submitted. When possible, group several illustrations in one block for reproduction (max. size 180 x 223 mm). **References:** Reference to other publications should give due acknowledgement to previous work; provide the reader with accurate and up-to-date guidance on the field of research under discussion; and provide evidence to support lines of argument. Authors should select references carefully to fulfil these aims without attempting to be comprehensive. Cited work should already be published or officially accepted for publication. Material submitted for publication but not yet accepted should be cited as 'unpublished results', while unpublished observations communicated to the authors by another should be cited as 'personal communication', with credit in both cases being given to the source of the information. Neither unpublished nor personally communicated material should be included in the list of references. Abstracts more than 2 years old and theses should not be cited without a good reason, which should be explained in the covering letter accompanying the paper. References should be cited by naming the author(s) and year. Where references are cited in parenthesis, both names and date are enclosed in square brackets. Where the author is the subject or object of the sentence, only the year is enclosed in brackets. One author: [Frostell, 1984] or Frostell [1984]. Two authors: [Dawes and ten Cate, 1990] or Dawes and ten Cate [1990]. More than two authors: [Trahan et al., 1985] or Trahan et al. [1985]. Several references cited in parenthesis should be in date order and separated by semi-colons: [Frostell, 1984; Trahan et al., 1985; Dawes and ten Cate, 1990]. Material published on the World Wide Web should be cited like a reference to a print publication, and the URL included in the reference list (not in the text), together with the year when it was accessed. The reference list should include all the publications cited in the text, and only those publications. References, formatted as in the examples below,

should be arranged in strict alphabetical order. All authors should be listed. For papers by the same authors, references should be listed according to year. Papers published by the same authors in the same year should be distinguished by the letters a, b, c, immediately following the year, in both the text citation and the reference list. For abbreviation of journal names, use the Index Medicus system. For journals, provide only the year, volume number and inclusive page numbers.

ANEXO 2

COMITÊ DE ÉTICA E PLATAFORMA BRASIL



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Plataforma
Brasil

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Lesões de cárie envolvendo dentina sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir?

Pesquisador: Soraya Coelho Leal

Versão: 4

CAAE: 55859915.3.0000.0030

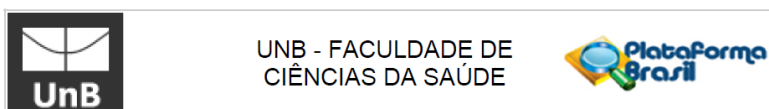
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 040209/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Lesões de cárie envolvendo dentina sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir? que tem como pesquisador responsável Soraya Coelho Leal, foi recebido para análise ética no CEP UnB - Faculdade de Ciências da Saúde em 09/05/2016 às 08:03.



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 1.713.520

Orçamento	planilhaorc.doc	18:02:35	Soraya Coelho Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeencaminhamento.pdf	11/12/2015 12:53:53	Soraya Coelho Leal	Aceito
Outros	termoresponsabilidade.pdf	11/12/2015 12:39:05	Soraya Coelho Leal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 05 de Setembro de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES

Eu, Soraya Coelho Leal, responsável pela pesquisa “Lesões de cárie envolvendo dentina sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir” estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília e sua finalidade é avaliar a opção de tratamento de dentistas já graduados em relação à cárie interna com sombra em dentina, processo o qual o dente do seu filho (a) se enquadra. Os dados obtidos por meio deste trabalho possibilitarão melhor conhecimento de como agir diante esse tipo de cárie, e assim podendo permitir uma intervenção pouco agressiva, mais conservador, que preserve o máximo de estrutura dental sadia. Para isso, avaliaremos o prontuário do seu filho (a), além de realizar registros fotográficos e coleta de dados. Para a realização das fotografias e radiografias demandará o tempo máximo de 30 minutos. As fotografias e radiografia serão disponibilizadas em um site para que profissionais tenham acesso e respondam um questionário. Em nenhum momento o nome dele (a) será divulgado e todos os dados serão confidenciais. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com

o Conselho de Ética em Pesquisa. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação (confidencialidade). O risco do seu(sua) filho(a) é sentir desconforto durante a realização das fotografias, porém, se isso ocorrer, o procedimento será interrompido. Se ele(a) não colaborar ou se recusar, o procedimento será suspenso. Informamos que seu(sua) filho(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para ele(a) ou para o(a) Sr(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. O benefício é o conhecimento de melhor das necessidades de tratamentos das crianças que buscam tratamento na clínica de graduação de Odontopediatria do HUB. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. O acesso ao prontuário de seu(sua) filho(a) é permitido ao responsável.

Se houver alguma dúvida sobre a pesquisa, o voluntário poderá

entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Soraya Coelho Leal pelos telefones (61) 81184949 ou, se preferir, pelo e-mail sorayaodt@yahoo.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a), após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado para firmar este TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou

ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade por força de sigilo profissional (Art. 9 do Código de Ética Odontológica) e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Soraya Coelho Leal
Mat FUB: 152633

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM EM PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e, na qualidade de participante no projeto de pesquisa intitulado “Lesões de cárie envolvendo dentina sem cavitação óbvia: acompanhar, selar ou invadir”, sob responsabilidade de Soraya Coelho Leal vinculado (a) ao trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

Minha imagem e podem ser utilizadas para uso em questionário para coleta de dados, análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e são de responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Soraya Coelho Leal
Mat FUB: 152633

APÊNCIDE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – ESPECIALISTAS EM ODONTOPEDIATRIA

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Profissionais que não assinarem este termo não poderão responder o questionário e participar desta pesquisa. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a opção de tratamento de dentistas já graduados em relação à cárie interna com sombra em dentina. Para tal, serão selecionados casos clínicos (fotos e radiografias dos dentes) que mostrem molares deciduos. Os casos clínicos serão expostos em um site por meio de fotos clínicas e radiografias e você está sendo convidado a avaliar, respondendo no site, do ponto de vista de tratamento, qual seria a abordagem de escolha com as seguintes opções: acompanhar, selar (qual tipo de material) ou restaurar (qual tipo de restauração).

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, custando o tempo de 15 minutos. Esta pesquisa trará melhor conhecimento de como agir diante a cárie interna com sombra em dentina sem benefício direto para você. O preenchimento deste questionário poderá trazer constrangimento ao profissional em ser avaliado quanto a responder de maneira divergente alguma das intervenções da escolha feita pela maioria. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Se houver alguma dúvida sobre a pesquisa, o voluntário poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Soraya Coelho Leal pelos telefones (61) 81184949, se necessário ligação a cobrar, ou, se preferir, pelo e-mail sorayaodt@yahoo.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

ACEITO

NÃO ACEITO

Participar desta pesquisa.