

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

INGRID DOS ANJOS ALMEIDA

ESTUDO RETROSPECTIVO DA EFETIVIDADE DE UMA ABORDAGEM DE
TRATAMENTO NÃO INVASIVA PARA INATIVAÇÃO DE LESÕES DE CÁRIE NÃO
CAVITADAS EM PACIENTES INFANTIS

Porto Alegre

2018

INGRID DOS ANJOS ALMEIDA

ESTUDO RETROSPECTIVO DA EFETIVIDADE DE UMA ABORDAGEM DE
TRATAMENTO NÃO INVASIVA PARA INATIVAÇÃO DE LESÕES DE CÁRIE NÃO
CAVITADAS EM PACIENTES INFANTIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Rodrigues

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Almeida, Ingrid dos Anjos

Estudo retrospectivo da efetividade de uma abordagem de tratamento não invasiva para inativação de lesões de cárie não cavitadas em pacientes infantis / Ingrid dos Anjos Almeida. -- 2018.

31 f.

Orientador: Jonas de Almeida Rodrigues.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Cárie Dentária. 2. Flúor. 3. Odontopediatria. I. Rodrigues, Jonas de Almeida, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Raquel e Ademar, por acreditarem nos meus sonhos e por jamais desistirem de mim. Obrigada pelo amor, apoio, carinho e dedicação infindáveis. Sem vocês nada disso seria possível. Vocês são minha segurança, meu porto seguro e eu os amo muito. Essa conquista é nossa!

Ao meu irmão e melhor amigo, Gustavo, por dividir comigo sonhos, realizações, erros, medos e alegrias. Obrigada por fazer parte desse processo desde o início. Nossa sintonia e amizade serão eternas, e eu estarei do teu lado, assim como tu estive ao meu, quando for a tua vez.

À Thais que foi minha (melhor) amiga desde o primeiro dia de aula na odonto e que apesar de ter tomado um caminho diferente do meu, permanece ao meu lado, direta ou indiretamente, torcendo pela minha felicidade enquanto busca pela sua.

Aos meus familiares e amigos que sempre me dizem palavras acolhedoras e encorajadoras regadas de suporte e carinho. Obrigada por entenderem minha ausência em diversas ocasiões, mas eu precisava lutar pelo meu sonho muitas dessas vezes.

Aos meus colegas de faculdade e amigos da vida: Raquel, Mara, Daniel, Carolina, Isabella, Julia, Eduardo e Tatiana que diariamente foram a minha força pra continuar essa trajetória. Acredito que tudo acontece por um motivo, e nada disso estaria sendo tão especial se eu não tivesse conhecido cada um de vocês. Vocês serão eternos em minha memória

Ao professor Jonas de Almeida Rodrigues, meu orientador, que me ofereceu uma oportunidade única de ultrapassar as horas clínicas e teóricas da faculdade, fazendo com que eu me envolvesse de maneira leve e tão enriquecedora com a pesquisa clínica. Preciso agradecer a ele, também, por ter colocado duas pessoas muito especiais na minha vida, a Gabriela e a Natália, que me acolheram de forma extremamente receptiva e amorosa, que me deram todo o suporte não apenas neste trabalho, mas na vida. Vocês são meus odontopediatras preferidos e meus exemplos de profissionais.

Agradeço ao professor Matheus Neves pela grande ajuda e contribuição ao trabalho. Sem a sua ajuda nada disso seria possível.

Aos demais professores, técnicos e funcionários que puderam ensinar a mim e aos meus colegas que a odontologia não era apenas sobre dentes, e me deram lições para a vida inteira sobre humanização, valores e respeito.

RESUMO

A inativação das lesões de cárie não cavitadas se dá fundamentalmente com a tríade: higiene bucal, controle da dieta e utilização de fluoretos. Os objetivos deste estudo retrospectivo foram: avaliar a eficácia de uma abordagem de tratamento não invasiva para a inativação de lesões não cavitadas de dentes decíduos e permanentes realizado na Clínica Infanto-Juvenil (CIJ) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), identificando os fatores clínicos do paciente e associando-os ao sucesso clínico do tratamento. Foram incluídos 98 prontuários de pacientes que receberam aplicações tópicas de flúor (ATF) na CIJ da FO-UFRGS entre 2016 e 2018. Foram coletados dados demográficos e também dados clínicos referentes a avaliação da atividade de cárie na consulta inicial e após ao tratamento realizado, índice de placa visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG) e ceo-d/CPO-d. Ainda, quantificou-se os pacientes que não concluíram o tratamento, em que sessão o tratamento com ATF foi interrompido e se o paciente retornou para tratamento ou não. Após a análise, 55 prontuários foram alocados no Grupo 1 (pacientes que concluíram o tratamento) e 43 prontuários no Grupo 2 (pacientes que não concluíram o tratamento). Não houve significância estatística quando se comparou as variáveis idade, gênero, IPV, ISG e ceo-d/CPO-d com o sucesso do tratamento. Houve diferença estatisticamente significativa comparando o IPV inicial com o final ($p = 0,016$) e número de lesões não cavitadas ativas inicial e final ($p = 0,000$), mas não houve diferença para o ISG inicial e final ($p = 0,324$). Baseado nos achados da redução do IPV e da redução no número de lesões não cavitadas ativas ao final do tratamento, sugere-se que a abordagem de tratamento não invasiva para inativação de lesões de carie não cavitadas aplicado na CIJ da FO-UFRGS é efetivo.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Flúor. Odontopediatria.

ABSTRACT

Inactivation of non cavitated caries lesions occurs mainly with the triad: oral hygiene, diet control and use of fluoride. The objectives of this retrospective study were: to evaluate the efficacy of a non-invasive treatment approach for the inactivation of non-cavitated lesions of deciduous and permanent teeth performed at the Child and Adolescent Clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), identifying the clinical factors of the patient and associating them with the clinical success of the treatment. We included 98 medical records of patients who received topical fluoride (TFA) applications in the FO-UFRGS between 2016 and 2018. Demographic and clinical data were also collected regarding evaluation of caries activity in the initial consultation and after the treatment, visible plaque index (VPI), gingival bleeding index (GBI) and dmft/ DMF-T. In addition, the patients who did not complete the treatment were quantified in which session the TFA treatment was discontinued and whether the patient returned for treatment or not. After analysis, 55 records were allocated to group 1 (patients who completed treatment) and 43 records to group 2 (patients who did not complete the treatment). There was no statistical significance difference when comparing the variables age, gender, IPV, ISG and ceo-d / CPO-d with the success of the treatment. There was a statistically significant difference comparing the initial VPI with the final ($p = 0.016$) and number of initial and final active non-cavitated lesions ($p = 0.000$), but there was no difference for the initial and final GBI ($p = 0.324$). Based on the findings of VPI reduction and reduction in the number of non-cavitated lesions active at the end of treatment, it is suggested that the protocol of non-invasive treatment for inactivation of non-cavitated caries lesions applied in the CUJ of FO-UFRGS is effective.

Keywords: Dental Caries. Fluoride. Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVOS	12
3	MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.1	DESENHO DO ESTUDO	13
3.2	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	13
3.3	COLETA DE DADOS.....	13
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	14
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	15
4	RESULTADOS	16
5	DISCUSSÃO	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25
	ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	29
	ANEXO B – TERMO EMITIDO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS	30
	ANEXO C – TERMO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS	31

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença que se caracteriza pela destruição localizada dos tecidos duros e que progride muito lentamente na maioria dos indivíduos. A progressão ocorre com a desmineralização gradual dos tecidos envolvidos devido à perturbação no equilíbrio fisiológico associado ao biofilme ou placa dentária. A destruição localizada dos tecidos duros, geralmente referida como lesão de cárie, é o sinal e/ou sintoma da doença. As superfícies dentárias acometidas pelas lesões de cárie podem ser classificadas de acordo com a severidade da perda mineral, podendo variar desde alterações no esmalte até a destruição total da superfície. (FEJERSKOV et al., 2011)

As lesões cariosas são indicadoras da ocorrência da doença cárie e precisam ser detectadas precocemente. No seu processo de controle, uma das grandes questões é a necessidade de distinção entre uma lesão ativa de outra que já esteja paralisada, ou com sua velocidade de progressão diminuída (NYVAD; MACHIULSKIENE; BAELUM, 1999). A compreensão da natureza dinâmica do processo da cárie, em que a progressão da doença pode ser interrompida em qualquer estágio, aumenta a importância de avaliar o status da lesão clinicamente (NYVAD; FEJERSKOV, 1997). As lesões podem ser paralisadas tanto no estágio inicial de perda mineral, sem a presença de cavidade, assim como em situações onde existe perda de substância já em dentina. Os critérios clínicos desenvolvidos para a avaliação da atividade de cárie são baseados geralmente nas propriedades físicas de reflexão e textura das lesões (EKSTRAND, 1997). Deve-se salientar também a grande importância do tradicional exame visual-tátil, já que apenas este nos informa não somente a perda mineral, como também atividade de doença, que são características que definem a conduta a ser seguida pelo clínico.

Segundo Santos-Pinto, Noronha e Walter (2012), é de fundamental importância no diagnóstico e na consequente decisão de tratamento da doença a avaliação da atividade, que pode ser conceituada como o grau ou velocidade de progressão. O parâmetro mais importante para estimar a atividade de doença é a avaliação da aparência clínica da lesão, isto é, os sinais da doença. Além disso, outros fatores relacionados ao paciente, tais com fluxo salivar, consumo de açúcar e higiene bucal, também devem ser

considerados. Desse modo, a atividade deve ser avaliada a partir do exame clínico e da avaliação dos fatores associados à patogênese da doença.

A cárie dentária está associada a diferentes fatores e indicadores de risco. Os mais consagrados na literatura são: experiência passada de cárie, defeitos de esmalte, biofilme dental, higiene bucal, dieta, escolaridade materna e nível socioeconômico (LOPES et al., 2014).

Em relação aos hábitos alimentares e de higiene, Peres et al. (2005), mostraram que crianças que consumiam alimentos cariogênicos pelo menos uma vez ao dia aos seis anos tinham chance 2,3 vezes maior de ter alto índice de cárie, e as que escovavam os dentes menos de uma vez ao dia, tinham 3,1 vezes mais chance. Ainda sobre a associação dos fatores de risco envolvendo a cárie dental, Lopes et. al (2014) realizou uma análise multifatorial que mostrou que defeitos de esmalte foi fator de risco para o desenvolvimento de cárie aos 18, 24, 30 e até aos 36 meses ($p < 0,05$) uma criança que apresentasse defeito no esmalte tinha duas vezes mais chance de desenvolver cárie, em que a hipoplasia do esmalte foi o tipo mais frequente de defeito. Ainda, no estudo de Peres et al. (2005), as variáveis socioeconômicas que apresentaram associação significativa com o alto índice de cárie foram: escolaridade do pai e da mãe que trabalharam durante a gravidez. Além dessas, observou-se que crianças cujos pais estavam desempregados quando no nascimento, apresentaram uma chance 7,7 vezes maior de ter alto índice de cárie. Em um estudo longitudinal conduzido por Tagliaferro et al. (2006), foram avaliados os fatores socioeconômicos e foi observado que o nível de escolaridade da mãe pode ser considerado um preditor da cárie na dentição permanente de crianças com idade entre seis e oito anos.

A possibilidade de inativação das lesões de cárie através de tratamentos não invasivos tem cobrado dos profissionais um maior entendimento do processo da doença. A inativação das lesões ativas de cárie sem cavidade, se dá fundamentalmente com a tríade: higiene bucal, controle de dieta e utilização de fluoretos. (MURRAY et al., 1991).

Intensivas investigações laboratoriais e epidemiológicas sobre o mecanismo de ação do flúor sobre a lesão de cárie indicam que o efeito predominante do fluoreto é tópico. Este efeito ocorre principalmente através da promoção de remineralização de lesões iniciais de cárie e redução da desmineralização do esmalte (FEATHERSTONE et

al., 1988). O efeito do método tópico ocorre por dois mecanismos que tentam manter a constância do flúor no meio para o controle da cárie. O primeiro, decorrente da manutenção da concentração do flúor na saliva pelo uso do método, e o segundo pela formação de produtos de reação esmalte-dentina. Toda vez que o flúor tópico é utilizado, ocorre uma reação química com a estrutura mineralizada dos dentes, formando produtos que interferem com a posterior progressão da cárie (CURY, 2015).

Quando o pH do biofilme dental cai pela exposição a carboidratos fermentáveis, ocorreria uma maior dissolução do fluoreto de cálcio, liberando o flúor para interferir no processo de des e remineralização. Deste modo, este reservatório de flúor seria esgotado mais rapidamente quando na alta frequência de desafios ácidos no biofilme (pacientes de alto risco de cárie), sugerindo que as aplicações profissionais de flúor estão indicadas para pacientes em atividade de cárie, para repor os reservatórios de flúor perdidos (CEREZETTI, 2008).

É recomendado que o flúor em gel seja aplicado profissionalmente ou auto-aplicado, sob supervisão do responsável, com a frequência de uma a várias vezes por ano. Vários compostos, concentrações e métodos de aplicação de flúor gel têm sido utilizados. Regularmente o flúor fosfato acidulado (gel de fluoreto acidulado) com concentração de 1,23%, ou seja, 12.300 partes por milhão de flúor (ppmF). Em relação ao tempo de aplicação já está consagrado na literatura que 1 minuto de aplicação fornece um efeito semelhante a 4 minutos sobre a inibição da desmineralização, além de aumentar a concentração de flúor no esmalte, tanto na dentição permanente quanto decídua (CALVO, 2012; VILLENA; TENUTA; CURY, 2009). Da mesma maneira, a recomendação de pedir aos pacientes que se abstenham de beber água após aplicação profissional não parece ter influência no efeito anticárie do flúor (DELBEM et al., 2005).

A "aplicação tópica de flúor" (ATF) fornece este íon em concentrações elevadas para superfícies dentárias expostas, gerando um efeito protetor local. Delbem et al. (2004) num estudo *in vitro* demonstrou que tanto o uso de géis acidulados como a frequente aplicação de flúor em baixa concentração são medidas eficazes para o controle da cárie dental. Jardim, Pagot e Maltz (2008) em um estudo *in situ* concluíram que a associação do dentifício fluoretado com 3 e 4 aplicações tópicas de flúor foram os únicos tratamentos capazes de promover um aumento da microdureza superficial. O estudo

também constatou que os blocos tratados com maior número de aplicações e com concentrações mais elevadas produziram um maior reservatório de flúor disponível para inibir novos processos de desmineralização. Uma revisão sistemática e meta-análise sobre a eficácia da aplicação tópica de flúor no tratamento de lesões incipientes de cárie concluiu que o verniz fluoretado parece ser um tratamento eficaz para a reversão de lesões iniciais de cárie na dentição decídua e permanente. No entanto sugerem que novos ensaios clínicos em relação a eficácia da aplicação tópica do flúor para o tratamento destas lesões sejam necessários, principalmente em relação ao gel fluoretado (LENZI et al., 2016).

Ferreira et al. (2005) e Bonow et al. (2013) realizaram ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia da ATF 1,23% na inativação de lesões cariosas incipientes ativas. Ambos estudos concluíram que o uso do gel fluoretado não mostrou benefícios adicionais em amostras de crianças expostas a água fluoretada e dentifrício fluoretado. Além disso, concluíram que a escovação diária supervisionada conduziu a uma redução importante das manchas brancas ativas, reforçando a hipótese de que a má higiene oral aumenta a probabilidade de manter manchas brancas ativas.

Programas educativos-preventivos tem grande importância na redução e controle do índice de sangramento gengival e biofilme dental, sendo muito mais efetivos se acompanhados por sessões de reforço continuado. Programas de educação e motivação são métodos simples e eficientes para higiene bucal. Foi comprovado que sessões de reforço continuado da motivação do controle do biofilme dental e do sangramento gengival parecem ser indispensáveis para reduzir significativamente o biofilme dental. (PETRY; TOASSI, 2002).

Carvalho et al. (2013) mostra em seu estudo que a promoção de saúde é uma forma de trabalhar a prevenção de cárie e de outros agravos. Mostra que a educação em saúde é capaz de mudar hábitos em crianças. Destaca a importância de se registrar o índice de placa visível (IPV) apresentado pela criança no momento inicial, intermediário e final, para servir de parâmetro de avaliação da melhoria daquela condição e da eficácia do programa de promoção de saúde. Nesse contexto, a manutenção das superfícies dentárias livres de biofilme deve ser almejada e formas para a avaliação de tais condições

devem ser trabalhadas, não só para o controle das ações, mas como método de estímulo para o desenvolvimento de autonomia em saúde.

Diversos estudos mostram associação entre frequência de escovação dentária e cárie dentária (GIZANI S.; VINCKIER F.; DECLERCK D, 1999; NACAO M.; CHUAN L.; RODRIGUES C., 1996; SILVA et al., 2006; VANOBBERGEN et al. 2001). Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou o efeito da frequência de escovação dentária na incidência e aumento de lesões cáries, e concluiu que os indivíduos que escovam os dentes raramente apresentam maior risco de incidência ou aumento de novas lesões cáries do que aqueles que escovam com maior frequência. O efeito é mais pronunciado na dentição decídua do que na permanente. (KUMAR; TADAKAMADLA; JOHNSON, 2016).

A frequência de ingestão de açúcar pode ser considerada um fator de risco importante para doença cárie. Diferentes estudos encontraram associação positiva entre a frequência de consumo de açúcar e quantidade de açúcar consumido e o desenvolvimento de cárie dentária (MOYNIHAN; KELLY, 2014; SHEIHAM; JAMES, 2015; SOUZA FILHO; CARVALHO; MARTINS, 2010).

Diante do exposto, este estudo retrospectivo foi realizado para melhor conhecimento sobre uma abordagem de tratamento não invasiva que integre orientação e controle de higiene bucal, orientação e controle de dieta e aplicações tópicas de flúor semanais, da Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS (FO-UFRGS). Pretendeu-se obter dados para melhor compreensão da atual realidade de como esses procedimentos terapêuticos funcionam na prática clínica, auxiliando profissionais e alunos a compreender melhor os resultados desta abordagem. Apesar de as aplicações tópicas de flúor terem sua efetividade comprovada e de se ter conhecimento sobre seu mecanismo de ação e seu protocolo de aplicação, pouco se tem de evidência sobre o que acontece quando este acontece concomitante à orientação de higiene bucal e de dieta, e em como isso resulta em saúde nos pacientes tratados na FO-UFRGS.

2 OBJETIVO

Avaliar retrospectivamente a efetividade de uma abordagem de tratamento não invasiva para inativação de lesões de cárie não cavitadas de dentes decíduos e permanentes realizado na Clínica Odontológica Infanto-Juvenil (CIJ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), identificando os fatores clínicos do paciente e associando-os ao sucesso clínico do tratamento.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo observacional foi realizado como uma análise retrospectiva longitudinal dos prontuários clínicos de pacientes infantis atendidos na Clínica Odontológica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS no período de 2016 a 2018.

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos prontuários clínicos de pacientes entre 3 e 11 anos no momento do tratamento, que receberam a abordagem de tratamento não invasiva para inativação de lesões de cárie não cavitadas, em dentes decíduos e permanentes, na CIJ da FO-UFRGS entre janeiro de 2016 e janeiro de 2018. Nesta abordagem deveria estar incluído: instruções de higiene bucal, controle de dieta e aplicações tópicas de flúor, com finalidade terapêutica. Os prontuários deveriam conter dados referentes ao número de aplicações tópicas de flúor, assim como exame dentário inicial e final devidamente identificado e datado, e estar relatado na anamnese o uso de dentifrício fluoretado com 1100ppm de flúor. Além disso, os prontuários deveriam ter a folha de autorização (ANEXO A) do uso de dados do paciente preenchida e assinada pelos pais ou responsáveis e a folha de procedimentos assinada pelo professor orientador.

Não foram incluídos prontuários que constasse declarado o uso complementar de comprimidos e/ou soluções de flúor na anamnese ou aqueles em que estava declarado o uso de dentifrício não fluoretado ou fluoretado com menos de 1100ppm de flúor.

3.3 COLETA DE DADOS

Para avaliação da efetividade da abordagem de tratamento não invasiva, era necessário estar especificado no prontuário clínico a quantidade de aplicações tópicas de flúor realizadas, a presença de instrução de higiene bucal e orientação de dieta, bem

como o registro do exame odontológico que comprovasse a reavaliação da atividade das lesões de cárie do paciente com um intervalo máximo de até 6 meses após a primeira consulta da realização do procedimento.

Para a definição do perfil do paciente, foram registrados dados demográficos referentes a idade e sexo. Foram coletados dados clínicos referentes a avaliação inicial e a reavaliação da atividade de cárie do paciente posteriormente ao tratamento (final), inativação ou não das lesões das lesões não cavitadas ativas. Para ambos momentos foram registrados os dados de índice de placa visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG), número de lesões não cavitadas ativas em esmalte, o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) e/ou número médio de dentes decíduos cariados, extraídos ou com indicação de extração e restaurados (ceo-d).

Para quantificação da ocorrência de não-conclusão do tratamento devido às faltas, considerou-se não conclusão o não comparecimento às consultas programadas de ATF. Registrou-se o momento da ocorrência do não comparecimento (primeira, segunda, terceira, quarta, quinta ou sexta sessão) e o retorno ou não do paciente ao tratamento.

Após a coleta de dados, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo 1 e grupo 2. Os pacientes que compõem o grupo 1 foram aqueles que realizaram a abordagem de tratamento não invasivo completo. No grupo 2 constavam os pacientes que não concluíram a abordagem de tratamento por não comparecimento e/ou abandono do tratamento.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados, por meio do Programa Microsoft Office Excel 2016. A análise estatística foi realizada com o auxílio do Software SPSS *for Windows*, versão 21.0.

Os resultados de IPV, ISG e CPO-D/ceo-d foram apresentados de maneira descritiva. Os desfechos referentes à inativação ou não das lesões não cavitadas ativas foram classificados como sucesso ou insucesso clínico de acordo com o status de

atividade da lesão. Foi considerado sucesso o paciente que teve todas suas lesões de cárie não cavitadas ativas inativadas.

Para avaliar a associação do sucesso do tratamento com gênero, IPV e ISG foi utilizado o Teste Qui-quadrado. Para idade e CPO-d foi utilizado o Teste Exato de Fisher, sendo o valor de p inferior a 0,05 considerado como significativo.

Para avaliar se houve diferença estatística nos dados iniciais e finais de IPV, ISG e número de lesões não cavitadas ativas em esmalte, foi utilizado o Teste de Wilcoxon, sendo o valor de p inferior a 0,05 considerado como significativo.

Para mensurar a quantidade de não-concluintes do tratamento por motivos de falta, os dados coletados foram divididos por conclusão ou não de tratamento e em qual sessão o paciente deixou de comparecer às consultas. Esses dados serão apresentados de forma descritiva.

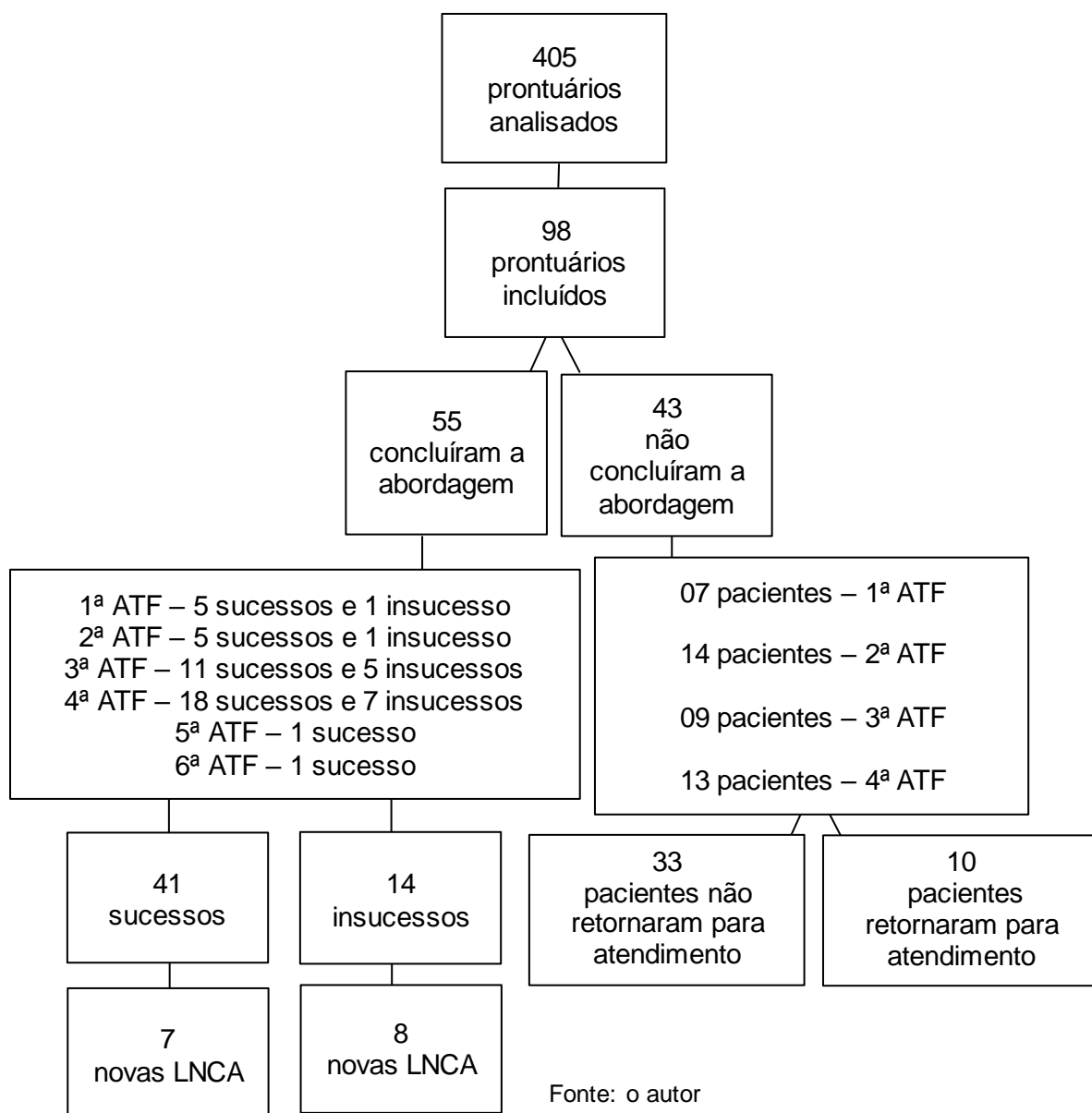
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido à aprovação pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e pelo Comitê de Ética da UFRGS com os respectivos números de aprovação, 33856 (ANEXO B) e 2.009.029 (ANEXO C), e foi iniciado somente após a aprovação dos mesmos. Os autores assumiram o compromisso de preservar a confidencialidade dos dados mediante a identificação dos indivíduos por meio de código numérico no banco de dados.

4 RESULTADOS

Após a análise de 405 prontuários clínicos, 98 foram incluídos no estudo. Trezentos e sete prontuários não foram incluídos, pois não se adequavam aos critérios de elegibilidade. Após a coleta de dados, os prontuários foram divididos em dois grupos. No grupo 1, foram incluídos 55 prontuários de pacientes que concluíram a abordagem de tratamento não invasivo, tendo sido as lesões de cárie inativadas ou não. Os 43 prontuários de pacientes restantes, que não concluíram a abordagem devido às faltas, foram incluídos no grupo 2 (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da análise de prontuários



Fonte: o autor

Em relação ao grupo 1, o estudo analisou dados referentes a idade, gênero, CPO-d/ceo-d, IPV, ISG. O desfecho principal do estudo foi o sucesso ou insucesso da abordagem de tratamento não invasiva, ou seja, a inativação das lesões não cavitadas ativas.

As variáveis analisadas no estudo, mostram que 72,7% dos pacientes possuíam idade entre 6 e 11 anos e 27,3% apresentaram idade entre 3 a 5 anos. A amostra foi composta pela maioria de prontuários de pacientes do gênero feminino (56,4%), comparado ao gênero masculino (43,6%). O CPO-d/ceo-d, que variava de 0 a 14, foi categorizado em 0, 1-4 e >4, sendo 14,5% para 0, 43,6% para 1-4 e 41,8% para >4.

Figura 2 - Descrição da Amostra

	nº	%	Média	Mediana	DP
Idade					
3 – 5	15	27,3	7,25	7	2,188
6 – 11	40	72,7			
Gênero					
Feminino	31	56,4	-	-	-
Masculino	24	43,6			
CPOD					
0	8	14,5	4,16	3	3,398
1 – 4	24	43,6			
> 4	23	41,8			
IPV					
≤ 20	26	47,3	30,283	24,700	26,287
> 20	29	52,7			
ISG					
≤ 10	33	60	11,414	6,250	15,394
> 10	22	40			
Total	55	100			

DP = Desvio Padrão

Fonte: o autor

O IPV também foi uma variável analisada neste estudo, dicotomizado em menor que 20% e maior ou igual a 20%, representando 47,3% e 52,7% nos resultados das amostras, respectivamente. Tanto o CPO-d/ceo-d como o IPV foram categorizados a partir dos valores de suas medianas. O ISG foi dicotomizado em menor ou igual a 10% e maior que 10% (MARCANTONIO; STEFFENS; 2018), tendo 60% da amostra apresentado ISG abaixo de 10%, e 40% acima (Figura 2).

O resultado apresentado comparando sucesso e insucesso do tratamento com as variáveis mostra que não houve significância estatística em nenhuma das variáveis vinculadas ao desfecho (Figura 3).

Figura 3 - Associação do sucesso do tratamento com as variáveis clínicas e demográficas

	SUCESSO		<i>p</i>
	Insucesso	Sucesso	
Idade			
3 – 5	5	10	0,416 ^b
6 – 11	9	31	
Gênero			
Feminino	7	24	0,578 ^a
Masculino	7	17	
CPOD			
0	7	1	0,339 ^b
1 – 4	18	6	
> 4	16	7	
IPV			
≤ 20	6	20	0,702 ^a
> 20	8	21	
ISG			
≤ 10	9	24	0,705 ^a
> 10	5	17	
Total	14	41	

Nível de significância: $p < 0,05$

^a Qui-quadrado

^b Teste Exato de Fisher

O Teste de Wilcoxon mostrou que houve diferença estatisticamente significativa entre o IPV inicial e o final ($p=0,016$) e número de lesões não cavitadas ativas inicial e final ($p = 0,000$), mas não houve diferença para o ISG inicial e final ($p = 0,324$) (Figura 4).

Figura 4 - Diferença entre número de lesões ativas, IPV e ISG inicial e final

Variável	Média (DP)	p
IPV		
Inicial	30,283 (26,2879)	0,016
Final	21,98 (22,491)	
ISG		
Inicial	11,414 (15,39)	0,324
Final	9,28 (12,02)	
Lesões ativas		
Inicial	3,25 (2,605)	0,000
Final	1,25 (2,002)	

Nível de significância: $p < 0,05$
 DP = Desvio Padrão

Fonte: o autor

No grupo 2, os prontuários de 43 pacientes foram divididos pela consulta em que deixaram de realizar a abordagem de tratamento: 7 pacientes abandonaram o tratamento após a primeira sessão de ATF; 14 na segunda sessão; 9 na terceira sessão; e 13 na quarta sessão. Ainda, foi quantificado que apenas 10 pacientes retornaram para continuar o tratamento, e os outros 33 abandonaram qualquer tipo de tratamento (Figura 1).

No grupo 1 foi observado a diminuição das lesões de cárie ativas entre o momento inicial e final do tratamento estatisticamente significativo ($p=0,000$) (Figura 4). Das 55 crianças em tratamento, em 41 observou-se o sucesso e em 14 o insucesso do tratamento. As ATFs realizadas em seis e cinco sessões, obtiveram 100% de sucesso. Em quatro sessões de ATF, de 25 pacientes, 18 apresentaram sucesso e 7 insucessos.

Em três sessões, de 16 pacientes, 11 apresentaram sucesso, contra 5 insucessos. E em duas e uma sessões de ATF, 5 sucessos e 1 insucesso, respectivamente. Ainda, comparando os exames dentários iniciais e finais, dos 41 desfechos de sucesso, apenas 7 apresentaram novas lesões não cavitadas ativas em esmalte e dos 14 insucessos, 8 apresentaram novas lesões (Figura 1).

O tempo médio entre a realização do exame dentário inicial e a reavaliação das lesões não cavitadas ativas de cárie através do exame dentário final dos pacientes que receberam 1 a 4 ATF neste estudo foi de 148 dias (aproximadamente 5 meses), já aqueles pacientes que realizaram 5 ou 6 ATFs tiveram uma média maior, de 421 dias, ou seja, mais de um ano de acompanhamento até realizarem a avaliação final das lesões (Figura 1).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observada uma diminuição do número de lesões não cavitadas ativas entre o momento inicial e final do tratamento estatisticamente significativa. Este resultado provavelmente ocorreu devido ao fato de um dos critérios de inclusão do estudo ser o paciente fazer uso de dentifício fluoretado com 1100ppmF e ter realizado a abordagem de tratamento não invasivo, no qual deveria ter pelo menos 1 ATF. Ou seja, o paciente além de possuir flúor durante as escovações diárias, possuía o acréscimo de flúor através das ATF. Podemos observar que aqueles pacientes que tiveram mais sessões de ATF, apresentaram um maior número de desfechos de sucesso de inativação de lesões, e isso pode ser explicado por esse aumento da presença de flúor na cavidade oral. Marinho (2008) discorda desta relação, dizendo que quando dois métodos de aplicação tópica de flúor estão em uso, os benefícios adicionais podem ser pequenos, especialmente porque as medidas agem de forma idêntica ou por mecanismos semelhantes.

Além das ATF, esta diminuição do número de lesões, também pode ter ocorrido devido a diferença estatisticamente significativa comparando o IPV inicial e final. Quando o paciente é submetido a uma abordagem de tratamento não invasiva, ele e os responsáveis/ cuidadores recebem semanalmente instruções de higiene bucal, além de estarem comparecendo regularmente ao dentista, o que faz com que a família se comprometa e se dedique a este momento do tratamento, esperando-se mudanças visíveis nos índices e resultados do paciente. O controle de biofilme é uma maneira eficaz de obter a paralisação das lesões ativas não cavitadas de cárie, uma vez que promove desgaste mecânico da lesão, contribuindo para a melhora do seu aspecto final. Acredita-se que a abrasão superficial com alguma redeposição de minerais é a responsável pela regressão das lesões (BONOW et al., 2013), bem como agindo em associação ao dentifício fluoretado.

A falta de significância estatística quando comparado o ISG inicial e final, pode ser explicada pelo fato de o exame de sangramento gengival ser mais difícil em pacientes infantis e por isso o índice (ISG) pode ser subestimado. Feldens et. al (2006) afirma que a associação entre o acúmulo de placa e a inflamação gengival em crianças é mais fraca

do que a associação encontrada em adultos. Mostra em seu estudo que muitas crianças não apresentaram sangramento gengival, embora a porcentagem média de placa visível fosse elevada. Relata ainda em seu trabalho diversos estudos que sugerem que o grau de gengivite em crianças não está diretamente associado a quantidade de placa, mas sim com outros fatores, como composição microbiana da placa, diferenças na imunidade e na anatomia dos dentes decíduos. A força da associação e o gradiente biológico (presença de uma curva dose-resposta) entre a quantidade de placa e gengivite, no entanto, caracterizam importantes os princípios de causalidade e confirmam a necessidade de controle para prevenir a gengivite na dentição decídua (FELDENS et al., 2006).

Em um estudo realizado com escolares, Petry e Toassi (2002) avaliaram a eficácia de duas estratégias motivacionais em relação ao controle do biofilme dental e sangramento gengival. Dividiram os escolares em dois grupos: os que receberam motivação em relação a higiene bucal quatro vezes e aqueles que receberam apenas uma. Notaram, que na medida em que o tempo foi passando, a média dos índices de biofilme dental do grupo que recebeu motivação foi diminuindo. Concluíram que a motivação em programas educativos-preventivos tem grande importância na redução e controle do índice de sangramento gengival e biofilme dental, sendo muito mais efetiva se acompanhada por sessões de reforço continuado, assim como foi verificado no presente estudo. Acreditam também que a extensão de programas de motivação com contínuas sessões de reforço em escolares, são o alicerce para o sucesso futuro dos trabalhos educativo-preventivos. Mesmo que esta abordagem tenha sido realizada em nível individual neste estudo.

Apesar de as variáveis vinculadas ao desfecho (idade, gênero, CPOD/ceo-d) não apresentarem nenhuma significância estatística em relação ao sucesso e insucesso, não devemos ignorar este resultado. Um estudo retrospectivo possui limitações consideráveis, como a falta de padronização no preenchimento das informações dos prontuários clínicos e os diferentes examinadores que realizaram as avaliações dos exames dentários iniciais e finais.

Um dos fatores de risco para cárie dentária, que não teve significância no nosso estudo quando relacionado ao desfecho de sucesso e insucesso na inativação das

lesões, é o CPOD, ou seja, a experiência passada de cárie. Nesta amostra 80% das crianças possuía alguma experiência passada de cárie, demonstrando que os pacientes da CIJ apresentavam muitas necessidades invasivas, por isso é importante estarmos atentos a promoção em saúde na clínica. A experiência passada de cárie na dentição decídua é um fator preditor de cárie para a dentição permanente, e além dela, as lesões iniciais podem predizer o incremento de cárie em dentes permanentes em um período de dois anos. (SILVEIRA; OLIVEIRA; PADILHA , 2002).

Em relação ao tempo de tratamento da abordagem de tratamento, medido pela avaliação inicial e final das lesões, o valor médio encontrado foi de cinco meses para aqueles pacientes que realizaram 4 sessões de ATF, e de mais de um ano para aqueles que realizaram de 5 a 6 sessões. Observamos que a abordagem na maioria das vezes não ocorre com a frequência semanal com que deveria idealmente ser realizado. Durante este período ocorrem diversas sessões de tratamento invasivo, como urgências, restaurações, endodontias e exodontias, pois o paciente tratado na CIJ acaba realizando outros procedimentos prioritários ou concomitantes às sessões da abordagem de tratamento não invasiva. No entanto, estes procedimentos invasivos permitem que ocorra a remoção de fatores retentivos de placa, o que acaba auxiliando no tratamento não invasivo. Durante este período, o paciente começa a mostrar um melhor controle de placa, diminuindo os índices de placa visível, através da motivação que recebe ao ter este cuidado continuado através das semanas, aderindo ao tratamento. BONOW et al., 2013 sugere que os resultados encontrados devem ser interpretados com cautela, porque neste estudo não foi considerada a supervisão de higiene bucal das crianças pelos responsáveis/cuidadores, que em algum momento pode mascarar o benefício real da aplicação de flúor. Apesar de não termos encontrado um valor estatisticamente significativo sobre a experiência passada de cárie para os pacientes deste estudo, este deve ser levado em consideração, pois há sim, relação.

Não há como quantificar quantos pacientes do grupo 2, não-concluintes, permaneceram com lesões não cavidadas ativas em boca, porque estes não apresentavam exame de reavaliação e não foram chamados novamente para o tratamento, por isso é importante que a FO-UFRGS consiga de alguma maneira reinseri-los na CIJ para dar continuidade ao seu cuidado, pois muitos destes pacientes podem ter

permanecido cárie-ativos após esta interrupção do tratamento, reforçando a importância das consultas de manutenção e acompanhamento periódico dos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de nenhuma variável ter relação estatisticamente significativa com os desfechos de sucesso e insucesso, a redução no índice de placa visível e a redução no número de lesões não cavitadas ativas ao final do tratamento sugerem que a abordagem de tratamento não invasiva para inativação de lesões de carie não cavitadas aplicado na CIJ da FO-UFRGS é efetivo.

Mesmo sem significância estatística, conseguimos observar que quanto maior o número de sessões de ATF, mais casos de sucesso foram observados, pois a abordagem de tratamento permite que o paciente receba um tratamento integral, que gera motivação e educação em saúde através de sua frequência nas consultas.

Por fim, este trabalho reforça a importância do cuidado com todos os fatores etiológicos da doença cárie, tanto no âmbito clínico, quanto comportamental.

REFERÊNCIAS

- BONOW, M. et al. Efficacy of 1.23% APF gel applications on incipient carious lesions: a double-blind randomized clinical trial. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 27, no.3, p. 279-285, 2013.
- CALVO, A. et al. Effect of acidulated phosphate fluoride gel application time on enamel demineralization of deciduous and permanent teeth. **Caries Res.**, Basel, v. 46, no. 1, p. 31-37, 2012.
- CARVALHO T. et al. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. **Rev. odontol. UNESP.**, Araraquara, v. 42, n. 6, 2013.
- CEREZETTI R. **Fluoreto de cálcio como reservatório de flúor para o fluido do biofilme e seu efeito na inibição da desmineralização do esmalte**. 2008. 29 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2008.
- CURY, J. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JÚNIOR, S. **Odontologia restauradora fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos Editora, 2015. p. 34-65.
- DELBEM, A. et al. *In vitro* comparison of the cariostatic effect between topical application of fluoride gels and fluoride toothpaste. **J Appl Oral Sci.**, Bauru, v. 12, no. 2, p. 121-126, 2004.
- DELBEM, A. et al. Effect of rinsing with water immediately after APF gel application on enamel demineralization *in situ*. **Caries Res.**, Basel, v. 39, no. 3, p. 258-260, 2005.
- EKSTRAND, J. Fluoride in plaque fluid and saliva after NaF or MFP rinses. **Eur J Oral Sci.**, Copenhagen, v. 105, no. 5, p. 478-484, 1997.
- FEATHERSTONE, J. et al. Effect of an anticalculus dentifrice on lesion progression under pH cycling conditions *in vitro*. **Caries Res.**, Basel v. 22, no. 6, p. 337-341, 1988.
- FELDENS E. et al. Distribution of plaque and gingivitis and associated factors in 3- to 5-year-old Brazilian children. **J Dent Child.**, Chicago, v. 73, no. 1, p. 4-10, 2006.
- FEJERSKOV, O. et al. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. In: _____. **Patologia da cárie dentária**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011.
- FERREIRA, M. et al. Effect of regular fluoride gel application on incipient carious lesions. **Oral Health Prev Dent.**, New Malden, v. 3, no. 3, p.141-149, 2005.

GIZANI S.; VINCKIER F.; DECLERCK D. Caries pattern and oral health habits in 2- to 6-year-old children exhibiting differing levels of caries. **Clin Oral Investig.**, Berlin, v. 3, no. 3, p.35-40, 1999.

JARDIM, J.; PAGOT, M.; MALTZ, M. Artificial enamel dental caries treated with different topical fluoride regimes: an *in situ* study. **J Dent.**, Bristol, v. 36, no. 6, p. 396-401, 2008.

KUMAR, S.; TADAKAMADLA J.; JOHNSON, N. Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Dent Res.**, Washington, v. 95, no. 11, p. 1230-1236, 2016.

LENZI, T. et al. Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions?: A systematic review and meta-analysis. **J Am Dent Assoc.**, Chicago, v. 147, no. 2, p. 84-91, 2016.

LOPES, L. et al. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura. **RFO UPF.**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, 2014.

MARINHO, V. Evidence-based Effectiveness of Topical Fluorides. **Adv Dent Res.**, Washington, v. 20, no. 1, p. 3-7, 2008.

MOYNIHAN, P.; KELLY, S. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **J Dent Res.**, Chicago, v. 93, no. 1, p. 8-18, 2014.

NACAO, M.; CHUAN, L.; RODRIGUES, C. Análise dos hábitos de dieta em crianças por meio da utilização de diários alimentares. **Pesqui Odontol Brás.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 275-280, 1996.

NYVAD, B.; FEJERSKOV, O. Assessing the stage of caries lesion activity on the basis of clinical and microbiological examination. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 25, no. 1, p. 69-75, 1997.

NYVAD, B.; MACHIULSKIENE, V.; BAELUM, V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. **Caries Res.**, Basel, v. 33, no. 4, p. 252-260, 1999.

PETRY, P.; TOASSI, R. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 634-637, 2002.

PERES, O. et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, no 1, p. 53-63, 2005.

SANTOS-PINTO, L.; NORONHA, J.; WALTER, L. Risco e atividade de cárie. **Manual ABOPED**. São Paulo. p. 72-83. Disponível em:
<http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-7-Risco-e-Atividade-de-Carie.pdf>. Acesso em 09/12/2018.

SILVA, J. et al. Prevalência de cárie e indicadores de risco em crianças de 2 a 6 anos na clínica de odontologia preventiva – UFPB. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 21, n. 51, 2006.

SILVEIRA, J.; OLIVEIRA, V., PADILHA, W. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 15, n. 2, p. 169-174, 2002.

SOUZA FILHO, M.; CARVALHO, G.; MARTINS, M. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 3, 2010.


SHEIHAM, A.; JAMES, W. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. **J Dent Res.**, Michigan, v. 94, no. 10, 2015.

TAGLIAFERRO, E. et al. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. **J Appl Oral Sci**, v. 16, no. 6, p. 408-413, 2008.

VANOBERGEN, J. et al. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. **Com Dent Oral Epi.**, v. 29, no. 6, 2001.

VILLENA, R. S.; TENUTA, L. M.; CURY, J. A. Effect of APF gel application time on enamel demineralization and fluoride uptake *in situ*. **Braz Dent J.**, Ribeirão Preto, v. 20, no. 1, p. 37-41, 2009.

ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

ALUNO: _____

DATA: / / _____ Cadeira: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: / / _____ SEXO: _____ COR: _____

SÉRIE/ANO ESCOLAR: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CIDADE: _____ TELEFONE: () _____

PAI: _____

PROFISSÃO: _____

MÃE: _____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____

MOTIVO DA CONSULTA: _____

CONTATOS MÉDICOS: _____

ACOMPANHANTE HABITUAL NAS CONSULTAS: _____

AUTORIZAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ R.G. n.º _____

abaixo assinado, autorizo a Disciplina Clínica Infanto Juvenil da FO.UFRGS a realizar tratamentos clínicos – cirúrgicos sob anestesia local e documentação fotográfica, sempre que necessário, para o acompanhamento do tratamento odontológico do (a) menor _____.

Afirmo serem verdadeiros todos os dados relatados e assumo total responsabilidade se alguma informação for por mim omitida. Estou consciente de que minha presença na sala de atendimento será permitida quando solicitada pelo profissional.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável

ANEXO B – TERMO EMITIDO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 14 de novembro de 2017

ATA nº 10/2017.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:

Prezado Pesquisador Jonas de Almeida Rodrigues,

Informamos que o projeto de pesquisa 33856 - A EFETIVIDADE DAS APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLÚOR NA INATIVAÇÃO DE LESÕES CARIOSAS NÃO CAVITADAS ATIVAS EM DENTES DECÍDUOS ? ESTUDO RETROSPECTIVO foi analisado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

Trata-se de estudo observacional retrospectivo cujo objetivo é avaliar a efetividade da quantidade de aplicações tópicas de flúor em gel (ATF) na inativação de lesões não-cavitadas ativas em dentes decíduos. Especificamente pretende-se relatar o sucesso clínico de quatro sessões de ATF na inativação de lesões não-cavitadas ativas, identificar os fatores clínicos do paciente e relacioná-los ao sucesso clínico das ATFs e determinar a prevalência da não-conclusão do procedimento. Para isso, serão coletados dados de prontuários clínicos de pacientes da Clínica Infância-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS no período de janeiro de 2013 à janeiro de 2018. Serão coletados dos prontuários dados referentes à idade e sexo dos pacientes, quantidade de aplicações tópicas de flúor, bem como Índice de placa visível (IPV), Índice de sangramento gengival (ISG) e experiência de cárie antes do início da fluoroterapia e após a constatação da inativação das lesões não-cavitadas. Será registrado o número de faltas ao atendimento clínico (número total por ano) e o momento no qual essas faltas ocorreram (após primeira, segunda, terceira ou quarta aplicação). Os resultados de IPV e de ISG serão apresentados de forma descritiva, e o status da lesão não-cavitada ao final do período será utilizado como subsídio para sucesso ou insucesso da fluoroterapia.

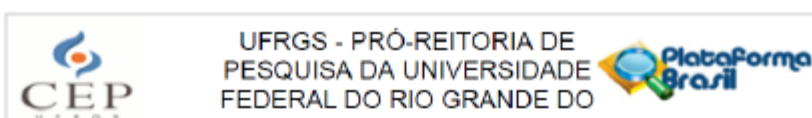
O presente projeto de pesquisa foi avaliado por esta Comissão de Pesquisa e aprovado quanto ao mérito. Solicita-se que o projeto seja cadastrado na Plataforma Brasil para análise ética.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Odontologia

Prof. Dr. Rodrigo Alex Arthur

Coordenador da Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS

ANEXO C – TERMO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DAS APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLÚOR NA INATIVAÇÃO DE LESÕES CARIOSAS NÃO CAVITADAS ATIVAS EM DENTES DECÍDUOS & ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: Jonas de Almeida Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80126917.9.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.609.029

Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise do retorno de diligência do projeto de pesquisa intitulado "A EFETIVIDADE DAS APLICAÇÕES TÓPICAS DE FLÚOR NA INATIVAÇÃO DE LESÕES CARIOSAS NÃO CAVITADAS ATIVAS EM DENTES DECÍDUOS – ESTUDO RETROSPECTIVO".

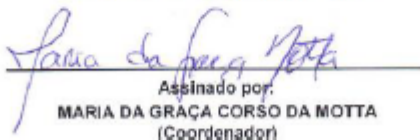
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Abril de 2018


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)