

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Odontopediatria
Epidemiologia e Controle da Saúde Bucal

TÔNIA ARIANNE MENDES CRUZ

COMPÔMERO COLORIDO NO TRATAMENTO RESTAURADOR DE DENTES
DECÍDUOS: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO RANDOMIZADO

BELO HORIZONTE - MG
2026

TÔNIA ARIANNE MENDES CRUZ

**COMPÔMERO COLORIDO NO TRATAMENTO RESTAURADOR DE DENTES
DECÍDUOS: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO RANDOMIZADO**

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontopediatria, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

BELO HORIZONTE - MG
2026

RESUMO

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar o nível de satisfação bem como o controle de biofilme de crianças com dentes decíduos restaurados com compômeros coloridos em comparação com crianças com dentes decíduos restaurados com cimento de ionômero de vidro. Será realizado um ensaio clínico randomizado controlado cego. O estudo será realizado em uma clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, situada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A amostra será composta por 100 participantes na faixa etária de 6 a 8 anos, que apresentem lesões de cárie cavitadas em superfície oclusal (Classe I), superfície oclusomesial ou oclusodistal (Classe II), nos primeiros ou segundos molares decíduos. Os participantes serão alocados aleatoriamente em 2 grupos: G1 (n=50) - grupo de intervenção que receberá tratamento restaurador com compômeros coloridos (Twinky Star®, VOCO, Germany); e G2 (N=50) - grupo controle que receberá restauração com Cimento de Ionômero de Vidro (Riva Light Cure, SDI, Bayswater, Australia). Os pais/responsáveis pelas crianças responderão a um questionário, previamente estruturado contendo informações sobre o sexo da criança, idade da criança, histórico médico da criança, nível de escolaridade dos responsáveis, renda mensal familiar, número de pessoas que vivem da renda, número de filhos, dieta e higienização bucal. Um único examinador previamente treinado e calibrado realizará exames clínicos para avaliação do IPV e ISG. Essas avaliações serão realizadas em três momentos: no *baseline* (antes da realização dos procedimentos), no T1 (após 7 dias da realização do tratamento restaurador) e no T2 (após um mês do tratamento restaurador). As crianças responderão através de entrevista face-a-face à escala *Smiley face Likert* (SFL) que será utilizada para avaliar o nível de satisfação com o tipo de restauração, essa escala também será aplicada nos três momentos (*baseline*, T1 e T2). As análises estatísticas serão efetuadas com o pacote estatístico SPSS® for Windows® (*Statistical Package for the Social Sciences Inc.*) na versão 25. O processamento incluirá codificação, digitação e edição dos dados. Inicialmente será realizada análise descritiva das frequências relativas e absolutas e as medidas de tendência central das variáveis estudadas serão realizadas para verificar o comportamento das variáveis do estudo. Em seguida, a distribuição dos dados será verificada para observar a normalidade, o que conduzirá a escolha pelo uso dos testes paramétricos ou não paramétricos. Serão avaliadas através de teste Ancova fatorial para delineamento misto (idade e sexo como controle) tendo comparação do nível de satisfação, IPV e ISG em três tempos (*baseline*, T1 e T2) de forma longitudinal, em cada grupo, e comparando os grupos G1 e G2. O valor de significância estatística será de $p < 0,05$.

Palavras-chave: Cárie dentária. Compômeros. Dentes decíduos. Odontopediatria.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 JUSTIFICATIVA.....	5
3 OBJETIVOS.....	5
3.1 Objetivo Geral.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
4 HIPÓTESES.....	6
5 METODOLOGIA.....	6
5.1 Tipo de pesquisa.....	6
5.2 Localização do estudo.....	6
5.3 Amostra.....	6
5.4 Critérios de elegibilidade.....	7
5.5 Elenco de variáveis.....	7
5.6 Calibração/Treinamento.....	8
5.7 Randomização.....	8
5.8 Cegamento.....	8
5.9 Equipe de trabalho.....	9
5.10 Parâmetros de avaliação.....	9
5.11 Intervenções.....	9
5.12 Instrumento de Coleta de Dados.....	10
5.13 Processamento dos Dados.....	12
5.14 Princípios Éticos.....	12
5.15 Riscos e Benefícios.....	13
6 CRONOGRAMA.....	13
7 ORÇAMENTO.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICES.....	20
ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Os principais problemas de saúde bucal que afetam as crianças em fase de dentadura decídua e mista são a cárie dentária, doença periodontal, traumatismos dentários, más oclusões e desgaste dentário por bruxismo (Alves *et al.*, 2003; Ramos-Jorge *et al.*, 2014). Cerca de 621 milhões de crianças, na fase de dentição decídua, são acometidas pela doença cárie, o que pode causar impacto tanto na saúde bucal, quanto na saúde geral da criança afetada (Abanto *et al.*, 2018). No entanto, apesar da existência de diversos meios e métodos preventivos, ainda são necessárias técnicas restauradoras para a reabilitação de dentes decíduos que são destruídos por consequência da doença cárie (Abanto *et al.*, 2018; Chisini *et al.*, 2018; Kassebaum *et al.*, 2015).

A progressão da lesão de cárie pode ser facilitada pela própria estrutura do dente decíduo que apresenta esmalte fino e cornos pulpares elevados (Finucane, 2019). A presença do dente decíduo tem grande importância na mastigação, articulação, fonação, oclusão e estética (Assunção *et al.*, 2015). Dessa forma, é importante o controle das lesões de cárie nos dentes decíduos, com o intuito de evitar sua perda prematura, o que pode acarretar alterações como a perda na função mastigatória, perda de espaço e consequentemente desequilíbrio oclusal, além do comprometimento estético e psicoemocional da criança (Jenkins, 2015; Kidd, 2012; Silva *et al.*, 2015).

O tratamento restaurador continua sendo a opção mais viável para o tratamento de dentes com lesão de cárie cavitada. É definido como parte de um plano de tratamento integral em saúde bucal, que deve garantir alívio da dor, controle da doença, além de condições funcionais e estéticas adequadas até a esfoliação dentária (Berg, 1998; Santos *et al.*, 2020). A literatura apresenta uma grande variedade de materiais restauradores. Os escolhidos para restaurações de lesões cariosas cavitadas são aqueles que, entre as suas propriedades, possuem uma boa resistência mecânica à mastigação, custo-benefício favorável e, quando possível, que proporcionem remineralização por meio do flúor (American Academy Of Pediatric Dentistry, 2020). Dessa maneira, alguns dos materiais restauradores mais utilizados em odontopediatria na atualidade são os cimentos de ionômero de vidro (CIV), as resinas compostas (RC) e os compômeros (American Academy Of Pediatric Dentistry, 2020; Santos *et al.*, 2020).

O compômero colorido surgiu como facilitador para o atendimento odontopediátrico e trata-se de um material similar a RC que apresenta partículas de vidro e monômeros ácidos polimerizáveis (Utreras González, 2020). Apresentam características como fácil manipulação, liberação de flúor, biocompatibilidade, boa adesão e adaptação marginal. Os compômeros

estão, atualmente, disponíveis em 8 cores diferentes e atraentes, associados a partículas de brilho, com objetivo de despertar a atenção das crianças e sua colaboração durante o tratamento odontológico (Khodadadi; Khafri; Aziznezhad, 2016).

O compômero colorido permite ainda incluir o paciente nas decisões e participações do tratamento, através da escolha da cor desejável, o que colabora para uma maior confiança e redução do medo e ansiedade, já que a possibilidade de utilização das cores leva a criança a desenvolver a parte lúdica e transpô-la às manobras clínicas. Além disso, os estudos sugerem que o material pode ser capaz de motivar a melhora da higiene bucal da criança, uma vez que, estando satisfeita com o material restaurador colorido, a criança também será esclarecida de que a correta escovação estará associada à maior durabilidade da restauração (Croll *et al.*, 2004; Guler *et al.*, 2017). Entender a influência desses materiais na satisfação e melhora do controle de biofilme da criança pode contribuir para a prevenção e gerenciamento de lesões de cárie em criança. Além disso, pode proporcionar maior aceitação dos pais/cuidadores, tornando o atendimento odontológico mais humanizado e eficiente.

Na Odontologia, além de uma condição bucal satisfatória, os pacientes têm buscado uma aparência harmônica, com características estéticas e funcionais satisfatórias, assim como a sua satisfação estética diante da sociedade. Com isso, é necessário realizar a mensuração da satisfação com o serviço que é ofertado, visto que os pacientes estão cada vez mais exigentes, com a busca de padrões estéticos que proporcionem segurança e autoestima e um sorriso considerado harmônico (Becerra *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2016). Uma vez que, o controle de biofilme é essencial na prevenção e desenvolvimento de lesões de cárie, torna-se necessário investigar a eficácia de novas técnicas e materiais restauradores no controle de biofilme e na satisfação infantil. Por fim, ainda existe uma lacuna científica em relação ao uso dos compômeros coloridos e da sua relevância na satisfação e no controle do biofilme de crianças.

Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar o nível de satisfação, bem como o controle de biofilme de crianças com dentes restaurados com compômeros coloridos em comparação com crianças com dentes restaurados com cimento de ionômero de vidro.

2 JUSTIFICATIVA

Diante da importância de realizar abordagens eficazes para o controle de biofilme e avaliação da satisfação das crianças durante o tratamento odontológico, o uso de compômeros coloridos pode ser um recurso interessante uma vez que oferece propriedades restauradoras e atrativas esteticamente para as crianças (Khodadadi; Khafri; Aziznezhad, 2016). A prevalência da cárie dentária em crianças é alta, e o controle do biofilme é fundamental para a prevenção da doença, sendo que esse controle pode ser influenciado pelo tipo de restauração utilizada (American Academy Of Pediatric Dentistry, 2020). Além disso, a satisfação da criança durante o tratamento odontológico é um indicador importante para sua percepção sobre a saúde bucal. No entanto, há uma escassez de estudos sobre a satisfação infantil e o controle de biofilme em crianças com dentes decíduos restaurados com compômeros coloridos, principalmente em comparação com outros tipos de restaurações como o cimento de ionômero de vidro reforçado por resina. O presente trabalho busca preencher essa lacuna científica por meio de um estudo clínico controlado randomizado, visando fornecer evidências sobre o impacto desse tipo de material na saúde bucal infantil, bem como contribuir para o direcionamento de recursos em saúde pública voltado para o tratamento e gerenciamento de lesões de cárie em dentes decíduos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de satisfação bem como, o controle de biofilme de crianças com dentes restaurados com compômeros coloridos (Twinky Star®, VOCO, Germany) em comparação com crianças com dentes restaurados com cimento de ionômero de vidro reforçado por resina (Riva Light Cure, SDI, Bayswater, Australia).

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar o nível de satisfação da criança em relação ao tipo de restauração realizada (G1=Compômeros coloridos (Twinky Star) e G2= Cimento de Ionômero de Vidro (Riva Light cure) no baseline, 7 dias após o procedimento (T1) e um mês após o procedimento (T2).
- Comparar o índice de placa visível (IPV) da criança em relação ao G1 e ao G2 no baseline, 7 dias após o procedimento T1 e um mês após o procedimento T2.
- Comparar o índice de sangramento gengival (ISG) da criança em relação ao G1 e ao G2 no baseline, 7 dias após o procedimento (T1) e um mês após o procedimento (T2).
- Avaliar o nível de satisfação dos pais/ cuidadores das crianças em relação ao tipo de restauração realizada nos grupos G1 e G2, no baseline, 7 dias após o procedimento (T1) e um mês após o procedimento (T2).
- Comparar os fatores sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda mensal familiar) nos grupos G1 e G2 e verificar a influência no nível de satisfação e controle de biofilme.

4 HIPÓTESES

- Crianças com dentes decíduos restaurados com compômeros coloridos possuem maior nível de satisfação do que crianças com dentes restaurados com cimento de ionômero de vidro reforçado por resina. A satisfação do dente restaurado será maior no T1 e T2 do que no baseline.
- O índice de placa visível será menor no grupo G1 do que no grupo G2 no tempo T1 e T2.
- O índice de sangramento gengival será menor no grupo G1 do que no grupo G2 no tempo T1 e T2.
- O nível de satisfação dos pais/cuidadores será maior no grupo G1 do que no grupo G2 no tempo T1 e T2.
- Os fatores sociodemográficos influenciarão no nível de satisfação e controle de biofilme.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Será realizado um ensaio clínico randomizado controlado, do tipo simples cego.

5.2 Localização do estudo

O estudo será realizado em uma clínica de referência no atendimento odontológico infantil, em uma Universidade Federal no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Belo Horizonte é uma metrópole brasileira localizado no sudeste do Brasil, capital de Minas Gerais. Possui 2.315.560 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - (Brasil, 2022).

5.3 Amostra

Para o presente estudo clínico, as intervenções serão alocadas considerando o paciente como unidade amostral para um estudo de superioridade sendo o aplicativo G Power utilizado para o cálculo da amostra (Faul *et al.*, 2007; Faul *et al.*, 2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160). Para isso, foi considerado como desfecho primário, o acúmulo de biofilme por meio do índice de placa visível (variável numérica quantitativa contínua). Foram considerados os seguintes parâmetros: teste bicaudal, com um tamanho de efeito de 0,60 (médio - alto) (Cohen, 1990) adotando-se um nível de significância de 0,05 e um poder de 0,80 baseando-se em um estudo piloto prévio tendo-se como grupos: restaurações compômeros coloridos (G1: grupo experimental) e restaurações de cimento de ionômero de vidro reforçado por resina (G2: grupo controle). Os cálculos estimaram um valor mínimo de $n = 92$, sendo 46 para cada grupo. Adicionou-se 10% de uma possível perda de seguimento, chegando-se ao número de 100 pacientes no total, sendo 50 pacientes por grupo considerando-se um desvio-padrão de $\pm 7,6$.

As crianças serão alocadas aleatoriamente em 2 grupos: G1 ($n=50$) grupo intervenção que serão tratados com compômeros coloridos (Twinky Star); G2 ($N=50$) grupo controle que receberá restauração com Cimento de Ionômero de Vidro (Riva Light Cure).

5.4 Critérios de elegibilidade

5.4.1 Critérios de inclusão

Serão incluídas no presente estudo crianças com idade entre 6 e 8 anos, de ambos os sexos, na dentição decídua ou mista, que apresentem pelo menos um primeiro ou segundo molar decíduo inferior com lesões de cárie classe I ou classe II de *Black*.

5.4.2 Critérios de exclusão

Serão excluídas crianças que apresentarem alterações sistêmicas (síndromes e alterações neurológicas), que estiverem fazendo uso de aparelho ortodôntico, ou que não apresentem comportamento colaborativo durante o tratamento restaurador, dificultando o atendimento odontológico.

5.5 Elenco de variáveis

5.5.1 Variável dependente: Tipo de restauração (compômeros coloridos -Twinky Star ou Cimento de Ionômero de Vidro - Riva Light Cure).

5.5.2 Variáveis independentes:

5.5.2.1 Satisfação da criança e dos pais/cuidadores com o dente: Para análise da percepção do nível de satisfação da criança, será utilizada a *Escala Smiley face Likert*, que se trata de um instrumento que consegue transcrever o sentimento de satisfação da criança em relação a restauração realizada no seu dente. A escala apresenta 5 opções de faces que varia de muito insatisfeita a muito satisfeita. A criança aponta qual a face que melhor transcreve os seus sentimentos sobre o tópico da pergunta. Essa escala será aplicada em três momentos: no baseline (antes do procedimento restaurador, T1 (sete dias após o procedimento restaurador) e T2 (um mês após o procedimento restaurador).

5.5.2.2 Índice de placa visível (IPV) para aferição da condição de higiene bucal apresentada pela criança no momento anterior e após o procedimento realizado de acordo com intervalos de tempo pré-estabelecidos. Será realizado em três momentos: no baseline (antes do procedimento restaurador, T1 (sete dias após o procedimento restaurador) e T2 (um mês após o procedimento restaurador).

5.5.2.2 Índice de sangramento gengival (ISG) para aferição da condição de higiene bucal apresentada pela criança no momento anterior e após o procedimento realizado de acordo com intervalos de tempo pré-estabelecidos. Será realizado em três momentos: no baseline (antes do procedimento restaurador, T1 (sete dias após o procedimento restaurador) e T2 (um mês após o procedimento restaurador).

5.5.2.3 Fatores sociodemográficos: idade; sexo; estado civil; nível de escolaridade, renda mensal familiar (de acordo com o salário-mínimo no momento da coleta de dados, número de crianças na família, ordem de nascimento dos filhos).

5.6 Calibração/ Treinamento

Previamente ao recrutamento dos pacientes, um único operador responsável pelo projeto passará por treinamento para padronização dos critérios de avaliação por um professor de Odontopediatria expert no assunto. O operador responsável pela realização das restaurações com Cimento de Ionômero de Vidro reforçado por resina e com o Compômero Colorido, passará por treinamento prévio para realizar os procedimentos restauradores. Um outro examinador passará por treinamento e calibração para avaliação dos índices de IPV e ISG e também por treinamento para aplicação da escala.

5.7 Randomização

O processo de randomização será previamente conduzido por um pesquisador independente que desconheça os pacientes, as intervenções e os procedimentos referente ao grupo teste e ao controle. Cada paciente terá seu nome escrito e colocado em envelopes opacos selados que serão sorteados para cada um dos grupos antes do início do estudo. As intervenções serão codificadas como “A” para compômero colorido e “B” para cimento de ionômero de vidro reforçado por resina. Apenas o pesquisador responsável pela randomização terá conhecimento sobre seu significado. Serão colocados em envelopes opacos os números correspondentes a cada bloco de 50 pacientes e as opções de intervenções codificadas (“A” ou “B”) atribuídas por sorteio. Apenas, no momento da realização da restauração, o envelope contendo o tipo de restauração a ser realizada será entregue ao operador e, então, aberto. Dessa forma, o operador só tomará conhecimento do tratamento a ser executado naquele momento, permanecendo a alocação oculta até a hora da aplicação da intervenção.

5.8 Cegamento

A pesquisa será explicada ao observado, de tal forma que ele não tenha conhecimento de qual é o objetivo principal do estudo. O operador saberá qual grupo da pesquisa o paciente pertence, uma vez que é ele quem fará a restauração. Além disso, o avaliador que realizará a avaliação dos índices e a aplicação dos questionários terá conhecimento sobre o tipo de restauração que foi realizada devido a diferença de coloração dos grupos. O estatístico que será responsável pelo tratamento e análise dos dados será cegado, não tendo conhecimento da intervenção dos grupos.

5.9 Equipe de Trabalho

Previamente ao estudo, será formada uma equipe de pesquisa composta por três pessoas, um recrutador, um avaliador e um operador. O recrutador explicará a pesquisa aos pais, obterá a assinatura do TCLE e do TALE e aplicará os questionários aos pais e crianças. O avaliador realizará os exames clínicos bucais (IPV e ISG) e o operador realizará os procedimentos restauradores.

5.10 Parâmetros de Avaliação

As avaliações iniciais dos pacientes serão realizadas previamente a intervenção e serão considerados como (*baseline*). As avaliações seguintes, (T1), que ocorrerão após 7 dias e (T2), que ocorrerá com 1 mês, também serão realizadas pelos mesmos profissionais do *baseline*. Será utilizado uma ficha de avaliação, que será aplicada a todos os pacientes, contendo o Índice de Placa Visível (SILVEIRA *et al.*, 2002) (APÊNDICE C) para avaliar presença de biofilme, Índice de Sangramento Gengival (Silveira *et al.*, 2002) (APÊNDICE C) e a *Smiley face Likert* (REYNOLDS-KEEFER *et al.*, 2009; TATLA *et al.*, 2014) (ANEXO 1) para avaliar o nível de satisfação com o tipo de restauração realizado. Um único avaliador aplicará os questionários.

5.11 Intervenções

A amostra será dividida em dois grupos com alocação aleatória, sendo um grupo de intervenção e um grupo controle.

5.11.1 Grupo de Intervenção (G1): Compômero Colorido TWINKY STAR

Após avaliação inicial, uma escala de cores do compômero colorido será apresentada à criança. Dessa forma, ela poderá escolher a cor que mais gosta. A sessão será seguida realizando profilaxia do dente selecionado, lavagem e secagem. O preparo será realizado com colher de dentina, realizando remoção seletiva de cárie. Para dar continuidade a aplicação, o campo operatório precisará estar limpo e seco, optando por um isolamento relativo, condicionamento com ácido fosfórico 37% durante 7 segundo em dentina e 15 segundos em esmalte, aplicação do sistema adesivo convencional de dois passos seguido de secagem e fotopolimerização (Oliveira Filho *et al.*, 2022). De acordo com informações do fabricante, o manuseio do compômero será por meio do uso de seringa (CENTRIX) diretamente na cavidade preparada como incremento único, seguida de fotopolimerização durante 40 segundos e para cavidades maiores que 2mm de profundidade, deve ser aplicado e fotopolimerizado em camadas. O acabamento e o polimento poderão ser feitos na mesma sessão e o flúor deverá ser aplicado como etapa final do procedimento, seguindo as orientações do fabricante.

5.11.2 Grupo Controle (G2): Ionômero de Vidro Riva light-cure

O procedimento será iniciado pela realização de profilaxia do dente selecionado, lavagem e secagem. Inicialmente, será realizado com colher de dentina a remoção seletiva do tecido cariado. Para dar continuidade a aplicação, o campo operatório precisará estar limpo e seco, optando por um isolamento relativo. A cavidade será condicionada com ácido poliacrílico durante 10 segundos, lavada abundantemente e seca, removendo o excesso de água, mantendo uma superfície brilhante (Hayacibara *et al.*, 2003). Para colocar o material na cavidade, será necessário ativar a cápsula, posicioná-la no amalgamador e triturar durante o tempo de 10 segundos. Ela precisará ser removida imediatamente e colocada no aplicador Riva, em seguida o gatilho do aplicador deverá ser acionado, assim preencher a cavidade com o material restaurador. Para finalizar, o material deverá ser fotopolimerizado por 20 segundos, para cavidades maiores do que 2mm de profundidade, deve ser aplicado e fotopolimerizado em camadas. (Neves *et al.*, 2017).

5.12 Instrumentos de coleta de dados

5.12.1 Escala Smiley Face Likert (SFL) - Escala de Satisfação

O instrumento escala *Likert* surgiu em 1932, desenvolvida Rensis Likert na forma de escala de 5 pontos e ainda utilizada atualmente. Nesse método, os respondentes indicam seu nível de concordância, aprovação ou crença. As escalas do tipo *Likert* permitem graus de opinião e até mesmo nenhuma opinião (Damásio *et al.*, 2021).

Uma escala tipo *Likert* é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o discordo totalmente (nível 1), até ao concordo totalmente (nível 5, 7 ou 11). Mede-se a atitude do sujeito ao somar, ou calcular a média, do nível selecionado para cada item (Andrich; Styles *et al.*, 1998) como pontos estratégicos. As imagens mais frequentemente usadas são rostos sorridentes, que variam de negativo a neutro a positivo, mostrando rostos muito tristes a muito felizes. A *Smiley Face Likerts* (SFL) (ANEXO 1) tem uma longa história de uso em pediatria como uma medida subjetiva das condições médicas das crianças, como também é eficaz em adultos (Reynolds-Keefer *et al.*, 2009; Tatla *et al.*, 2014). Essa avaliação será realizada no *baseline*, no T1 e no T2.

5.12.2 Índice de Placa Visível (IPV) – Nível de Placa

O IPV é utilizado para a aferição da condição de higiene bucal apresentada pelo paciente no momento inicial da avaliação odontológica (IPV-inicial), antes de receber qualquer

informação ou orientação prática sobre escovação e uso de fio dental. No momento da alta do paciente na clínica, a criança/paciente é submetida a outra aferição da sua condição de higiene (IPV-final) com o de comparar a sua evolução (Silveira *et al.*, 2002).

Para a aferição do IPV-inicial, na primeira consulta, é contabilizado as superfícies dentárias (faces) suscetíveis ao acúmulo de placa presentes na cavidade bucal da criança, excluindo-se as faces incisais. Em seguida são contabilizadas as superfícies que apresentavam biofilme, procedendo-se a uma operação matemática (regra de 3 simples) para determinar o valor relativo (porcentagem) de faces afetadas em relação ao total de faces presentes. O mesmo procedimento é adotado para a aferição do IPV-final (Silveira *et al.*, 2002). Essa avaliação será realizada no *baseline*, no T1 e no T2.

5.12.3 Índice de Sangramento Gengival (IPV)

O ISG é utilizado para a aferição da condição de higiene do periodonto apresentada pelo paciente no momento inicial da avaliação odontológica (ISG-inicial), antes de receber qualquer informação ou orientação prática no sobre escovação e uso de fio dental. No momento da alta do paciente na clínica, a criança/paciente é submetido a outra aferição da sua condição do periodonto (ISG-final) com o de comparar a sua evolução (Silveira *et al.*, 2002).

Para a aferição do ISG inicial e final, procede-se a mesma maneira do IPV, sendo excluídas, na contabilização das superfícies dentárias presentes na cavidade bucal, as oclusais e incisais por não apresentarem relação com o sulco gengival (Silveira *et al.*, 2002). Essa avaliação será realizada no *baseline*, no T1 e no T2.

5.12.4 Questionário pré-estruturado

Os pais/responsáveis das crianças responderão a um questionário, previamente estruturado (APÊNDICE C). Este formulário terá informações sobre o sexo da criança (feminino/masculino), idade (em anos), histórico médico, nível de escolaridade, renda mensal familiar (baseado no salário-mínimo brasileiro de R\$ 1.039,00), o número de pessoas que vivem da renda, o número de filhos, além de informações sobre dieta e higienização bucal.

5.12.5 Exames clínicos

As crianças que os pais/responsáveis aceitarem participar do estudo serão avaliados por um exame clínico intr bucal, realizado por um operador treinado, o qual será observado e investigado o tipo de dentição e a presença de molares decíduos, cárie dentária (índice CPO-D) (WHO, 1997) e o tipo de classificação da cavidade para inclusão do presente estudo. O exame

bucal será realizado na clínica odontológica, sob luz artificial e o avaliador deve fazer o uso de Equipamento de proteção individual (EPI) completo. Serão utilizados espelho bucal plano nº 5 (PRISMA, São Paulo, SP, Brasil), sonda OMS (Millennium, Golgran) e gaze estéril.

5.13 Processamento dos dados

Os resultados serão digitados e organizados em um banco de dados, utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). O processamento incluirá codificação, digitação e edição dos dados.

A descrição das frequências relativas e absolutas e as medidas de tendência central das variáveis estudadas serão realizadas para verificar o comportamento das variáveis do estudo. Em seguida, a distribuição dos dados será verificada para observar a normalidade, o que conduzirá a escolha pelo uso dos testes paramétricos ou não paramétricos. Serão avaliadas através de teste Ancova fatorial para delineamento misto (idade e sexo como controle) tendo comparação do índice de placa visível em três tempos (*baseline*, T1 e T2) de forma longitudinal, avaliando dentro dos próprios participantes e entre os participantes nos grupos G1 e G2.

5.14 Princípios éticos

De acordo com a resolução CNS 466/12, inicialmente, o projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais para apreciação e o parecer de aprovação.

Para iniciar a coleta, será feito um convite aos pais/responsáveis pela criança para a sua participação. Todos os pais e crianças serão, inicialmente, informados sobre os objetivos da pesquisa e todas as suas dúvidas serão esclarecidas. Estando os mesmos de acordo com a sua participação, assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e a criança assinará o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B), o qual garantirá a sua participação na pesquisa e o sigilo quanto a sua identificação.

5.15 Riscos e Benefícios

Os riscos do presente estudo incluem o de identificação do participante, o qual será minimizado através do armazenamento com a restrição de acesso apenas aos envolvidos na realização dos estudos, reforçando a situação de sigilo e utilizando codificação dos nomes. Além disso, pode ocorrer desconforto tanto durante a realização da avaliação clínica, como durante a realização das restaurações, que será minimizado com o treinamento da equipe de trabalho, para que tudo seja realizado no menor tempo possível e com o máximo cuidado. Já

em relação aos seus benefícios relacionados à obtenção de avaliação, diagnóstico, orientação/aconselhamento e tratamento/acompanhamento dos pacientes. A investigação da satisfação das crianças e de seus pais ao fim do procedimento, a avaliação do nível de biofilme pode fornecer dados que servirão de guia para estratégia de prevenção para a doença cárie, como também para facilitar o tratamento e assentimento do tratamento odontológico infantil. A possibilidade de identificação de fatores associados ao controle da doença cárie e da construção de conhecimento acerca da efetividade dos tratamentos propostos e realizados nesta pesquisa também servirão de base para futuros estudos. Por conseguinte, favorecer para a qualidade de vida dos sujeitos dessa pesquisa.

6 CRONOGRAMA

Atividades (por semestre)	2026	2027		2028
	2º	1º	2º	1º
Pesquisa bibliográfica				
Submissão ao CPGO				
Submissão ao COEP				
Treinamento e Calibração				
Estudo Piloto				
Coleta de dados				
Análise estatística				
Apresentação de resumos em congressos				
Discussão dos resultados				
Redação final				
Submissão de artigos científicos				
Defesa da tese				

7 ORÇAMENTO

Item	Quantidade	Valor
Ki clínico	30	R\$ 1.278,00
Gaze	2 pacotes	R\$ 51,14
Roletes de Algodão	10 pacotes	R\$ 30,00
Luva de látex	2 caixas	R\$ 75,00
Gorros	100 unidades	R\$ 20,00
Máscara 3M PFF2	30 unidades	R\$ 161,70
Grau cirúrgico	1 unidade	R\$ 118,90
Condicionador Ácido Poliacrílico Riva Conditioner - SDI	1 unidade	R\$ 114,90
Ácido Fosfórico	3 unidades	R\$ 24,90
Adesivo Adper Single Bond 2- 3M	1 unidade	R\$ 209,90
Ionômero de Vidro (Riva- lighth cure)	2 caixas	R\$ 1.087,80
Compômero Colorido- Twink star	2 caixas	R\$ 842,00
Aplicador RIVA	1 unidade	R\$ 400,90
Prancheta	2 unidades	R\$ 40,00
Folha sulfite A4	2 resmas	R\$65,80
Caneta Esferográfica	1 caixa	R\$41,00
Escovas de dente	120 unidades	R\$ 358,80
Creme dental fluoretado	120 unidades	R\$ 588,00
Fio dental	120 unidades	R\$ 336,00
TOTAL		R\$ 5.844,74*

*O projeto será financiado pelos próprios pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- ABANTO J, OLIVEIRA LB, PAIVA SM, PORDEUS I, HADDAD AE, BÖNECKER M. Epidemiologia dos problemas de saúde bucal que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças. In: Bönecker M, Abanto J, Imparato JCP, Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC. Odontopediatria: evidências científicas para a conduta clínica em bebês e pré-escolares. São Paulo: **Quintessence editora**, 2018
- ALDOSARI MA, TAVARES MA, MATTA-MACHADO ATG, ABREU MHNG. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. **PLoS One**. 2017;12(11):e0187993.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (2020). Pediatric restorative dentistry. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. 371-383.
- ANDRICH, D. & STYLES, I. (1998). The structural relationship between attitude and behavior statements from the unfolding perspective. *Psychological Methods*, 3, (4), 454-469.
- ARAÚJO BF. Tratamento Restaurador das lesões de cárie. In: Toledo AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. **São Paulo: Premier**.1996.p.178-197.
- ASSUNÇÃO, L, R, S; VILELLA, K, D; ROCHA, D, P; MENEZES, S, L; PINHEIRO, R, P, S; NASCIMENTO, L, S; PINHEIRO, H, H, C. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. **Rev. Assoc. Paul Cir. Dent.** Jan 2015;69(1)
- BALKARAN RL, OSOBA T, RAFEEK R. A cross-sectional study of patients' satisfaction with dental care facilities: a survey of adult treatment at the University of the West Indies, **School of Dentistry**. *West Indian Med J*. 2014;63(5):490-8.
- BECERRA SG, BECERRA MN, JIMÉNEZ AM, MEDINA PVM, TAMAYO LLC, GÓMEZ SL. Some factors actors associated to cosmetic dentistry: a new approach. **Rev Fac Odontol Univ Antioq**. 2015;26(2): 271-91
- BERG, J. H. (1998). The continuum of restorative materials in pediatric dentistry-a review for the clinician. **Pediatric Dentistry**, 20, 93-100.
- CHISINI, L. A.; COLLARES, K.; CADEMARTORI, M. G.; de OLIVEIRA, L.; CONDE, M.; DEMARCO, F. F.; CORRÊA, M. B. Restorations in primary teeth: a systematic review on survival and reasons for failures. **Int J Paediatr Dent.**, v. 28, n.2, p. 123-139, 2018
- CORREIA, A., OLIVEIRA, M. A., & SILVA, M. J. (2005). Conceitos de estratificação nas restaurações de dentes anteriores com resinas compostas. **Rev Portug Estomatol**, 46(3), 171-178.

DIAS, A. A. e Colaboradores. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. 1ª edição. **SP: Santos**, 2006. 102 a 106, 114 e 115, 161 a 168 p.

DITTERICH, R.G , PORTERO, P.P, WAMBIER, D.S, PILATTI, G.L, SANTOS, F.A. Higiene bucal e motivação no controle do biofilme dental. **Odontologia. Clín.Científ., Recife**, 6 (2): 123 - 128, abr/jun.,2007

ENCARNAÇÃO RNJ, GUEDES-PINTO AC.Morfologia dos dentes decíduos.In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 5ed.São Paulo:Santos;1995.p.51-73.

ESPIRIDIANO MA, TRAD LAB. Avaliação de satisfação de usuários. **Cien Saude Colet**. 2005; 10(Sup):303-12.

FRANZON R, OPDAM NJ, GUIMARÃES LF *et al*. Ensaio clínico controlado randomizado do período de 24 meses Vidal de restaurações de resina composta após escavação incompleta e completa em um passo em dentes decíduos. **J Dent** 2015; 43: 1235–1241

FEITOSA, N.B.; MARTINS, C.C; CHALUB, L. L.; VALE, M.P.P.; PAIVA, S.M.Avaliação da apresentação comercial de escovas dentais disponíveis no Brasil. **Rev. odonto ciênc**. 2008;23(1): 77-81p.

FERRANCE, J. K. Resin Composite – State of the art. **Dent Mater.**,2010 v. 27, n. 2,

FINUCANE, D. Restorative treatment of primary teeth: an evidence-based narrative review. **Aust Dent J.**, v. 64, Suppl 1:S22-S36, 2019.

FINN SB. Odontología Pediátrica. 4ed. México: Interamericana .1976.p.40-62.

GEBRAN, M.P. ; GEBERT, A.P. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. Tuiuti: **Ciência e Cultura**, n. 26, FCBS 03,Curitiba, 2002. 45-58 p.

HEBLING, J., ARAÚJO, F. B.; & MYAKI, S. I. (2017). Dentística Restauradora em Odontopediatria. In: M. D. L. D. A, Massara, & P. C. B. Rédua (Org.). *Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria*, (2. ed., cap.15, pp.126-135). **Santos, SP: Grupo GEN**.

JENKINS, N. Materials for Paediatric Dentistry. Part 1: Background to the Treatment of Carious Primary Teeth. **Dent Update.**, n. 42, n.10, p. 905-910, 2015.

KASSEBAUM NJ, BERNABE E, DAHIYA M, BHANDARI B, MURRAY CJ, MARCENES W. Carga global de cárie não tratada: uma revisão sistemática e metaregressão. **J Dent Res** 2015; 94: 650–658.

KIDD, E. Should deciduous teeth be restored? **Reflections of a cariologist. Dent Update.**, v. 39, n. 3, p. 159-166, 2012.

LADEWIG NM, SAHIARA CS, YOSHIOKA L, OLEGÁRIO IC, FLORIANO I, TEDESCO TK, ET AL. Efficacy of conventional treatment with composite resin and atraumatic restorative treatment in posterior primary teeth: study protocol for a randomized controlled trial. **BMJ Open**. 2017;7:e015542.

LEVINE RS. Bases científicas da educação para saúde dental. In: Lindhe J. Tratado de periodontia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 1992. p. 252-9.

LINDHE, J., KARRING T., LANG P. N. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª edição. RJ: **Guanabara Koogan**, 2005. 437 e 443 p

LÓSSIO D'A JJ, BUSSADORI KS. Propriedades e uso dos materiais dentários. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 5ed.1995. São Paulo: Santos.p.759.

MELLOR, D., & MOORE, KA O uso de escalas likert com crianças. **Journal of Pediatric Psychology** 39 (2014) 369–379.

MOUNT GJ. Glass-ionomers: a review of their current status. **Oper Dent**. 1999; 24: 115-24.

OPPERMANN RV. Diagnóstico e tratamento das doenças cárie e periodontal. In: Mezzomo E et al. Reabilitação oral para o clínico 2ª ed. São Paulo: Santos; 1994; p. 40-2.

PICOSSE M. Anatomia Dentária. 3 ed. São Paulo: **Sarvier**;1979.p.26-75.

PINTO,V.G.Saúde Bucal Coletiva.5ª.edição. Santos, 2008. 466 p.

POMPEU JGF, CARVALHO ILM, PEREIRA JA, CRUZ NETO RG, PRADO VLG, SILVA CHV. Avaliação do nível de satisfação dos usuários atendidos na clínica integrada do curso de Odontologia da Faculdade Nova fapi em Teresina (PI). **Odontol Clín Cient**. 2012; 11(1):31-6.

RAMOS-JORGE, J.; PORDEUS, I. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; MARQUES, L. S.; PAIVA, S. M. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: diferente stages and activity. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 42, n. 4, p. 311-322, 2014.

REYNOLDS-KEEFER, L., JOHNSON, R., DICKENSON, T., & MCFADDEN, questões de L. Validity no uso de escalas pictóricas de Likert. Estudos em Aprendizagem, Avaliação, Inovação e Desenvolvimento 6 (2009) 15–24.

RODRIGUES A, QUEIRÓS A, PIRES C. A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: aplicação a uma organização de cuidados sociais e de saúde. **Rev Port Saúde Pública**. 2016;34:292-

ROSA, N. M. (2018). *Amálgama dental, passado ou realidade?* (Trabalho de Conclusão de Curso- Graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC.

SABA-CHUJFI E, SILVA ECQ, SARIAN R. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. **R.G.O.** 1992;40:87-90.

SANTOS DT, DIAS KR, CERVANTES H, SANTOS MPA. Amálgama dental e seu papel na Odontologia atual. **Rev Bras Odonto.** 2016; 1(73):64-68

SANTOS, F. C. P., SANTOS, S. C. P., SOUZA, T. R., PAIVA, J. C. M., & MARANGONI, A. F. (2020). 10. Percepção do paciente infantil com relação ao uso de materiais restauradores coloridos como fator motivacional no tratamento odontopediátrico em uma clínica-escola. **Revista Científica UMC, 5(2).**

SILVA, A. C. D. (2015). *Facetas Cerâmicas.* (Trabalho de Conclusão de Curso- Graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

SILVA, R. J. Propriedades dos cimentos de ionômero de vidro: uma revisão sistemática. **Odontol Clin-Cient.** v. 9, n. 2, p. 125-9, 2010

SILVA, P, D, C; GIFFON, T, C, R; MATSUURA, E; FRANZIN, L, C, S; PROGIANTE, P, S; GOYA, S. Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: Revisão de literatura. **Revista Uningá Review** Dez 2015;24(3)

SILVEIRA, J. L. G. C. DA, OLIVEIRA, V. DE, & PADILHA, W. W. N. (2002). Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesquisa Odontológica Brasileira, 16(2),** 169-174.

SOUZA JGS, OLIVEIRA BEC, LIMA CV, SAMPAIO AA, NORONHA MS, OLIVEIRA RF, et al. Insatisfação com os serviços odontológicos entre idosos brasileiros dentados e edentados: análise multinível. **Cien Saude Colet.** 2019;24(1):147-58

SHARMA NC, GALUSTIANS J. Efeitos clínicos sobre a placa dental e a gengivite obtidos com o uso de quatro escovas dentais manuais de desenho complexo por período de três meses. **J Clin Dentistr** 1994;5:114-8.

SHEYKHOLESLAM Z, BUONOCORE MG. Bonding of resins to phosphoric acid-etched enamel surfaces of permanent and deciduous teeth. **J Dent Res** 1972;51(6):1572-76.

TATLA. 2014, SK O desenvolvimento do PediátricoEscala de motivação para crianças em reabilitação: um estudo piloto.

TOLEDO AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2ed. São Paulo: **Premier**. 1996. p.34-38.

TURSSI CP, MARCANTÔNIO RAC, BOECK EM, ROCHA AL. Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolares da zona rural. **Rev ABOPREV** 1998;1:16-21.

VAN LAERHOVEN, H., VAN DER ZAAG-LOONEN, HJ, & DERKX, BHF Uma comparação da escala Likert e escalas analógicas visuais como opções de resposta em questionários infantis. **Acta pediatra**, 93, 6 (2004) 830-835

WANDERLEY F, SILVA G, QUEIROZ A, FREITAS A, ASSED S. **Glass Ionomer cement in pediatric dentistry**. Odontol Clin-Cient. v.10, n.1, p.13-7, 2011.

WITTAKER DK. Structural variations in the surface zone of human tooth enamel observed by scanning electron microscopy. **Arch Oral Biol**. 1982;27(5):383-92.

=

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e a criança pela qual é responsável estão sendo convidados a participar da pesquisa “Cômponero Colorido no tratamento restaurador de dentes decíduos: Um ensaio Clínico randomizado”. Os principais objetivos deste estudo são de analisar a associação entre o nível de satisfação e o controle de biofilme na presença dos cômponeros coloridos.

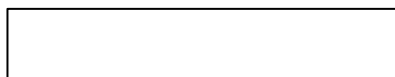
Ao concordar em participar da pesquisa, preencher e assinar o presente termo, serão aplicados questionários aos senhores pais/responsáveis: um que coletará dados sobre a criança e será feito a realização do procedimento restaurador. Destacamos que o interesse desta pesquisa é unicamente científico e que a sua participação é voluntária. Assim, você poderá desistir de participar a qualquer momento, e não sofrerá nenhum prejuízo na forma que você e seu filho estão sendo atendidos na Fundação ou na Escola.

Esclarecemos que sua identidade e a de sua criança serão preservadas durante a coleta e armazenamento dos dados, bem como na divulgação dos resultados da pesquisa. O uso das informações coletadas será aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os riscos envolvidos com este estudo estão relacionados ao constrangimento e/ou desconforto da criança e dos pais/responsáveis durante o exame clínico e aplicação da intervenção. O risco de constrangimento será amenizado com a entrevista feita em sala individual com duração de no máximo 15 minutos e a não identificação dos participantes durante a divulgação dos dados da pesquisa. Já o risco de desconforto durante a realização dos exames clínicos e dos procedimentos realizados será amenizado com o menor tempo possível, além do cuidado do examinador durante a manipulação bucal do participante. Caso ainda assim o participante se sinta incomodado, em qualquer momento da realização da pesquisa, a avaliação será imediatamente interrompida.

Todas as crianças e seus pais/responsáveis receberão orientações de saúde bucal. Será realizado o encaminhamento para a clínica escola da faculdade, se houver necessidade de continuidade do atendimento e/ou tratamento odontológico.



Rubrica



Rubrica

Os resultados obtidos por esta pesquisa serão submetidos em periódicos para divulgação na comunidade científica e não permitirão a identificação dos participantes.

A participação na pesquisa não demandará nenhuma despesa por parte do senhor(a). Conforme a resolução 466/12, em caso de danos aos participantes, é garantida indenização, desde que comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Você receberá uma via deste termo e será disponibilizado o contato e e-mail do pesquisador responsável, que poderá esclarecer suas dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento.

Pesquisador responsável:
Tônia Arianne Mendes Cruz
E-mail: toniaarisjp@gmail.com
Telefone: (83) 99375-4957

_____, _____ de _____ de _____.
(Local) (Data)

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Minas Gerais:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901,
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005.

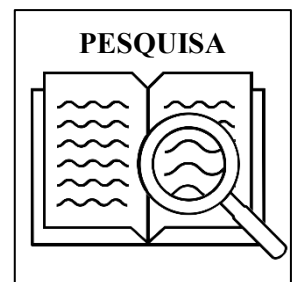
Telefone: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Olá! Nós somos dentistas e estamos convidando você para participar de uma pesquisa.

Nossa pesquisa se chama “Compômero colorido no tratamento restaurador de dentes decíduos: um ensaio clínico randomizado”. Seus pais permitiram que você participe.



O compômero colorido é um material especial que usamos para consertar os dentinhos. Ele parece uma massinha colorida que deixa o dente bonito e forte de novo, e você pode até escolher a cor que mais gosta.



Você será examinado (a) pelo dentista, que vai olhar como estão os seus dentes. Você pode sentir vergonha durante o exame, mas vamos ser rápidos e cuidadosos. Se você estiver achando ruim, pode falar a qualquer hora, e nós vamos parar a pesquisa.

Você e os seus pais receberão orientações de saúde bucal e, realizaremos uma restauração no seu dente.

Ninguém vai saber que você está participando da pesquisa, e nem vamos dizer a estranhos as informações que você nos falar. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem dizer quem são as crianças que participarão da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar ao pesquisador responsável (Tônia Arianne Mendes Cruz).

Rubrica

(Local)

_____, _____ de _____

Rubrica

(Data)

Assinatura ou digital do menor

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C- FICHA CLÍNICA

Data: ____/____/____

Identificação da criança

Nome Completo: _____

Idade: _____ anos _____ meses Sex: () Masculino () Feminino

Nome da mãe: _____

Idade atual da mãe: _____ Idade da mãe ao nascimento da criança: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Tel. _____ Escola da Criança: _____

Questionário

1-Quem é a pessoa que passa maior tempo com a criança?

() mãe; () pai; () pai e mãe; () avó; () avô; () tio; () tia; () Empregada doméstica.

2- Qual é o seu grau de parentesco com a criança

() mãe; () pai; () pai e mãe; () avó; () avô; () tio; () tia.

3- Qual é o seu estado civil?

() solteiro; () casada; () divorciada; () viúva; () relacionamento estável.

4- Qual é o nível de escolaridade do cuidador da criança?

() Nenhum; () Ensino fundamental incompleto até a 4ª série; () Ensino fundamental incompleto após a 4ª série; () Ensino fundamental completo; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino superior incompleto; () Ensino superior completo; () Pós-graduação; () Desconheço

5- Ocupação do cuidador?

() Do lar; () empregado; () desempregado; () profissional liberal.

6- Qual é a soma da renda familiar de todas as pessoas da família?

() menos de um salário mínimo; () de um a menos de dois salários mínimos; () de dois a menos de três salários mínimos; () de três a menos de quatro salários mínimos; () de quatro a menos de cinco salários mínimos; () acima de cinco salários mínimos.

7 - Quantos filhos você possui?

() Um; () Dois; () Três; () Quatro; () Cinco; () Mais de cinco

8- O filho o qual você responde ao questionário é o seu?

() primeiro filho; () segundo filho; () terceiro filho; () quarto filho; () quinto filho;
() Outra:

9- Seu filho(a) amamentou exclusivamente no peito?

() Não; () Sim.

Se sim, durante quanto tempo?

10- Quanto ao uso da mamadeira (chá, suco, água, leite), seu filho(a)?

() Não, ele nunca usou mamadeira () Sim, já usou mamadeira; () Sim, ele usa mamadeira; Se sim, durante quanto tempo?

11- Seu filho(a) apresenta alguma doença?

() Não; () Sim.

Se sim, qual(is)?

12- Seu filho(a) faz uso contínuo de algum tipo de medicamento?

() Não; () Sim.

Se sim, qual(ais)?

13- Quanto ao nascimento do seu filho(a)?

() Nasceu pré-maturo (antes de 37 semanas) () a termo (nasceu com 37 semanas) () pós termo (nasceu após 42 semanas)

14- Seu filho(a) na infância apresentou algum desses problemas de saúde?

() Caxumba () Rubéola () Foi intubado () Não

15- A mãe da criança tomou alguma medicação durante a gestação?

Se sim, qual(ais)? _____ Qual trimestre? _____

16- A criança apresenta alguma doença sistêmica?

() Não () Sim

Se sim, qual(ais)? _____

17- A criança tem alguma dificuldade cognitiva de atenção, raciocínio ou memória?

() Não () Sim

18- A criança já sofreu algum tipo de traumatismo nos dentes de leite (dentes decíduos)?

() Não () Sim

19- A criança faz algum tipo de tratamento ortodôntico?

() Não () Sim

20- A criança tem uma alimentação rica em açúcar?

() Sim () Não

21- Você adoça o leite da criança?

() Sim () Não

22- Quantas vezes ao dia a criança escova os dentes?

() Nenhuma () 1 vez ao dia () 2 ou mais vezes ao dia

23- Usa pasta de dente com flúor?

() Sim () Não

Se sim, qual? _____

24- Seu filho já foi ao dentista?

() Não () Sim Se sim, por qual motivo? _____

25- Atualmente, tem alguma queixa para atendimento odontológico?

() Não () Sim, qual? _____

26- A criança já fez alguma restauração?

() Não () Sim

27- De 0 a 10 quanto a higiene bucal do seu filho mudou?

1º Consulta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2º Consulta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3º Consulta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28- Percepção do pai/responsável em relação ao procedimento realizado (Smiley face Likert)



APÊNDICE G- EXAME CLÍNICO BUCAL (FICHA CLÍNICA)

I- Cárie dentária (ceo/CPO-D)

17	16	55/15	54/14	53/12	52/12	51/11	61/21	62/22	63/23	64/24	65/25	26	27
47	46	85/45	84/44	83/43	82/42	81/41	71/31	72/32	73/33	74/34	75/35	36	37

hígido (0) / lesão de cárie cavitada em esmalte (1) / lesão de cárie cavitada em dentina (2) dente restaurado sem cárie (3) /lesão de cárie com envolvimento pulpar (3) dente restaurado temporariamente (4) / dente restaurado definitivamente (5) / dente ausente devido à cárie (6) /dente não erupcionado(7) / dente com envolvimento pulpar e fístula (8) / dente com envolvimento pulpar e abscesso (9)/dente com alveólise (10)/selante (11).

Cárie total: () Presente () Ausente

II- Índice de Placa Visível e Índice de Sangramento gengival

Índice de Placa Visível (IPV)						Índice de Sangramento Gengival (ISG)		
Dente	V	P	M	D	O	Dente/papila	Ausência/Presença	
18						18	17	
17						17	16	
16						16	15/55	
15	55					15/55	14/54	
14	54					14/54	13/53	
13	53					13/53	12/52	
12	52					12/52	11/51	
11	51					11/51	21/61	
Dente	V	P	M	D	O	Dente/papila	Ausência/Presença	
21	61					21/61	22/62	
22	62					22/62	23/63	
23	63					23/63	24/64	
24	64					24/64	25/65	
25	65					25/65	26	
26						26	27	
27						27	28	
28								
Dente	V	P	M	D	O	Dente/papila	Ausência/Presença	
38						38	37	
37						37	36	
36						36	35/75	
35	75					35/75	34/74	
34	74					34/74	33/73	
33	73					33/73	32/72	
32	72					32/72	31/71	
31	71					31/71	41/81	
Dente	V	P	M	D	O	Dente/papila	Ausência/Presença	
41	81					41/81	42/82	
42	82					42/82	43/83	
43	83					43/83	44/84	
44	84					44/84	45/85	
45	85					45/85	46	
46						46	47	
47						47	48	
48								

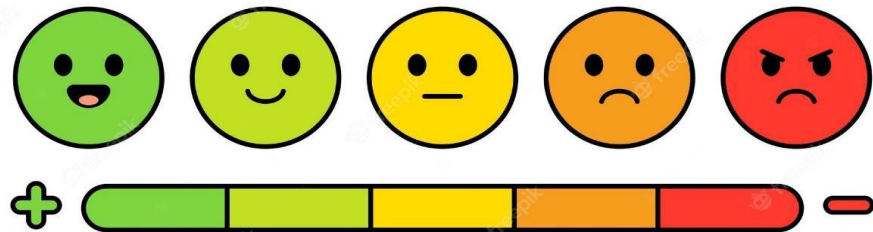
CÓDIGOS: 0 – AUSÊNCIA DE PLACA
1 – PRESENÇA DE PLACA
PERCENTUAL: _____%

CÓDIGOS: 0 – AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO
1 – PRESENÇA DE SANGRAMENTO
PERCENTUAL: _____%

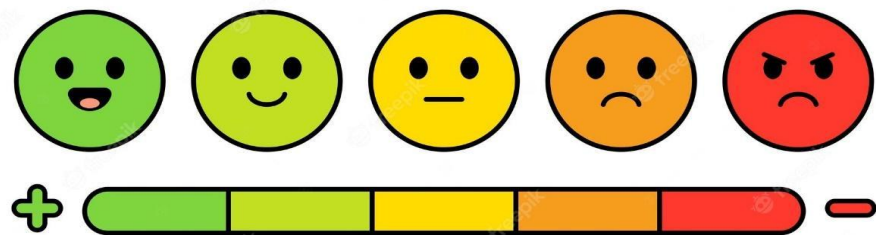
ANEXOS

ANEXO I- Escala *SMILEY FACE LIKERT*

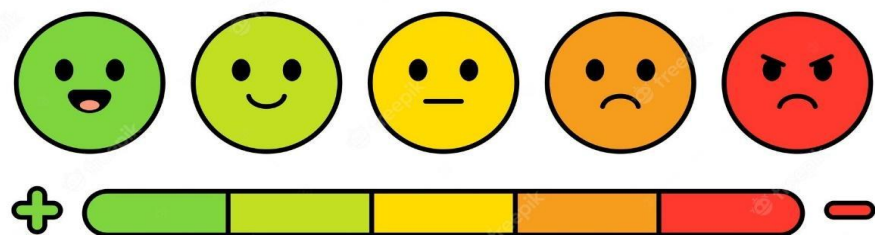
1º Consulta (ANTES DO PROCEDIMENTO)



1º Consulta (DEPOIS DO PROCEDIMENTO)



2º Consulta (7 dias após o procedimento)



3º Consulta (1 mês após o procedimento)

