

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Projeto de Pesquisa

**Desempenho clínico de *endocrowns* comparadas com restaurações
utilizando retentores intrarradiculares: um ensaio clínico randomizado**

Pesquisadores:

Laylla Galdino dos Santos
Prof. Dr. Luiz Alexandre Chisini
Profa. Dra. Tatiana Pereira Cenci
Prof. Dr. Kauê Collares

Pelotas, 2024

Resumo

O presente estudo consiste em um ensaio clínico randomizado de não-inferioridade, conduzido em um único centro, com o objetivo de comparar a eficácia de restaurações do tipo endocrown em resina composta semi-direta versus restaurações diretas em resina composta retida por pino de fibra de vidro em molares tratados endodonticamente. O estudo tem como critérios de inclusão voluntários com boas condições de saúde geral, molares tratados endodonticamente, margem supragengival mínima de 2mm, oclusão adequada, presença de ao menos um elemento adjacente e ao menos 20 dentes na boca. Os critérios de exclusão incluem dor dentária ou lesões periapicais, fratura radicular, mobilidade dentária, uso de aparelho ortodôntico. A população do estudo será composta por 112 molares da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Brasil. A alocação de voluntários em cada grupo será realizada por randomização estratificada, considerando o risco de cárie de acordo com as diretrizes da CariesCare International. O desfecho primário inclui o sucesso e a sobrevivência das restaurações, enquanto o desfecho secundário aborda o volume do remanescente e o desgaste das restaurações. Além disso, será avaliada a relação custo-utilidade dos tratamentos e a qualidade de vida dos pacientes. A análise estatística será realizada utilizando software especializado, considerando as diferenças entre os grupos de intervenção ao longo do tempo. Os resultados deste estudo têm o potencial de contribuir para a otimização de custos e aprimoramento de tratamentos reabilitadores específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Endocrown; resina composta; reabilitação oral; sobrevivência

Sumário

1 Introdução	4
2 Objetivos	6
3 Metodologia	7
4 Cronograma	23
5 Orçamento	24
Referências	25
Apêndices	27
Anexos	47

1 Introdução

A restauração de dentes tratados endodonticamente sempre foi um tema desafiador para os dentistas, pois complicações podem resultar em perda dentária se a decisão restauradora correta não for tomada (THOMAS *et al.*, 2020). Dentes tratados endodonticamente sofrem extensa perda de estrutura dentária (MANNOCCI *et al.*, 2022; EL ELAGRA, 2019), enfraquecimento devido a fatores como perda da integridade estrutural, envelhecimento da dentina (MIREKU *et al.*, 2010), redução da propriocepção e, em pequena extensão, alteração da dentina devido a medicamentos endodônticos (YASSEN *et al.*, 2013). As evidências sugerem que as restaurações que melhoram a integridade desses dentes e aumenta seu prognóstico em longo prazo (SCHWARTZ; ROBBINS, 2004).

Isto, associado com os preceitos de odontologia minimamente invasiva tornam as restaurações do tipo *endocrowns* uma alternativa atraente. Pissis (1995) foi o precursor da restauração de *endocrown*, termo utilizado por Bindl e Mörmann (1999) para descrever uma coroa totalmente ancorada na porção interna da câmara pulpar e nas margens da cavidade, obtendo assim retenção macromecânica proporcionada pelas paredes pulpares axiais opostas e microrretenção alcançado com o uso de cimentação adesiva. Porém, mesmo que a literatura sugira que as *endocrowns* possam ter desempenho semelhante ou melhor que os tratamentos convencionais usando pinos intrarradiculares, resina composta direta, restaurações *inlay/onlay* (MORMANN *et al.*, 1998), elas constituem uma solução simples e rápida. No entanto, poucos profissionais se sentem seguros para realizar esta técnica (BIACCHI; MELLO, 2013).

Dada a falta de evidências de estudos clínicos de longo prazo avaliando o desempenho de restaurações do tipo *endocrown*, os objetivos deste estudo são: a) avaliar a sobrevivência a curto e longo prazo de *endocrowns* de resina composta e compará-las a restaurações diretas de resina composta retida por pino de fibra de vidro em dentes molares permanentes, b) avaliar o custo-utilidade (determinados através de uma abordagem de microcusto) para restaurações *endocrown* e resina direta retida por pino, c) estimar do volume do remanescente e avaliação do desgaste das restaurações.

1.1 Hipótese

A hipótese a ser testada é que, em pacientes submetidos a tratamento odontológico restaurador, as restaurações utilizando endocrowns em resina composta apresentam desempenho clínico não inferior quando comparados às restaurações com retentores intrarradiculares. Além disso, espera-se que as restaurações com endocrowns tenham níveis semelhantes de desgaste e custo-utilidade em comparação com as restaurações com retentores intrarradiculares.

2 Objetivos

2.1 Objetivos primários

Avaliar a sobrevivência a curto e longo prazo de *endocrowns* de resina composta e compará-las a restaurações diretas de resina composta retida por pino de fibra de vidro em dentes molares permanentes.

2.2 Objetivos secundários

Avaliar o custo-eficácia para restaurações *endocrown* e resina direta retida por pino e; estimar do volume do remanescente e avaliação do desgaste das restaurações.

3 Metodologia

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo será desenvolvido como um ensaio clínico randomizado de não-inferioridade, em centro único, paralelo, reportado segundo as recomendações do SPIRIT Statement (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials 2013) (Anexo A).

3.2 Aspectos Éticos

Os pacientes serão informados da metodologia, riscos e benefícios da pesquisa através de uma Carta de Consentimento Livre e Esclarecido que deverão assinar (Apêndice A).

3.2.1 Riscos

Neste estudo, todos os participantes estarão sujeitos a certos procedimentos e orientações que podem acarretar riscos e desconfortos potenciais. Quanto aos riscos para os procedimentos clínicos durante a realização dos procedimentos odontológicos, como preparo do dente e cimentação da restauração ou restauração direta, os participantes podem experimentar desconforto ou dor. Ainda, existe um risco potencial de lesão tecidual ou mucosa, durante os procedimentos clínicos. Para fins de prevenção/minimização será administrada anestesia local para minimizar a dor e o desconforto durante os procedimentos.

Os operadores que realizarão os procedimentos restauradores serão treinados e qualificados para realizar os procedimentos com o mínimo de risco. Ainda, existe o potencial risco de desconforto ou ansiedade durante a realização de exames como radiografias ou avaliações clínicas, os participantes podem sentir desconforto ou ansiedade, para minimizar será orientado aos participantes todos estágios da pesquisa e todos os passos do seu plano de tratamento. Quanto aos riscos inerentes a qualquer restauração poderão ser: dor pós-operatória, hipersensibilidade, desconforto mastigatório, desgaste ao longo do tempo. A fim de minimizar os riscos ao paciente serão realizadas consultas clínicas avaliações de acompanhamento.

Além disso, preocupações com a confidencialidade podem surgir como por exemplo, a divulgação inadvertida de suas informações pessoais ou de

saúde. A fim de minimizar e prevenir os exames e avaliações serão conduzidos por profissionais treinados e sensíveis às necessidades dos participantes, minimizando qualquer desconforto ou ansiedade. Todas as informações dos participantes serão mantidas com restrições moderadas, e medidas de segurança serão aprovadas para evitar a quebra de sigilo.

Se um participante sofrer algum dano decorrente da participação no estudo, ele terá direito a: assistência integral, imediata e gratuita oferecida aos pesquisadores, o direito de buscar informações, caso sinta que houve algum tipo de abuso por parte dos pesquisadores. Essas medidas visam proteger a segurança e o bem-estar dos participantes durante todo o processo de pesquisa.

3.2.2 Benefícios

Os participantes desta pesquisa serão diretamente beneficiados pelo procedimento restaurador destinado a restaurar o elemento remanescente, promovendo uma função e estética adequadas. Os resultados deste estudo têm o potencial de contribuir significativamente para a determinação da taxa de sucesso do tratamento restaurador utilizando resina composta. Esse conhecimento permitirá uma avaliação mais precisa das opções disponíveis para a restauração de dentes posteriores que foram submetidos a tratamento endodôntico e apresentam extensa destruição coronária. Essa avaliação visa, por sua vez, otimizar os custos para os pacientes e favorecer a melhoria de um tratamento reabilitador eficaz no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao identificar quais técnicas eficientes demonstraram melhores resultados a longo prazo, a pesquisa pode direcionar políticas de saúde bucal e alocar recursos de forma mais, beneficiando não apenas os participantes do estudo, mas também a população em geral que depende dos serviços de saúde pública.

3.3 População

Cento e doze (112) elementos dentários serão avaliados considerando-se dentes posteriores com extensa destruição coronária, sendo o desfecho primário o sucesso e sobrevivência de restaurações do tipo *endocrown* em resina composta semi-direta versus restauração direta em resina composta retidas por pino de fibra de vidro. Como desfecho secundário será estimado o volume do remanescente e avaliação do desgaste das restaurações. Como terceiro

desfecho será avaliado o custo-eficácia dos tratamentos empregados e qualidade de vida frente aos tratamentos propostos.

A amostra será composta por 112 dentes da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na cidade de Pelotas, RS, Brasil, que necessitem de tratamento restaurador em molares endodonticamente tratados. Os voluntários serão recrutados com auxílio do serviço de triagem de clínicas odontológica da Faculdade de Odontologia da UFPel, além de via Referência e Contrarreferência do município de Pelotas e sua microrregião. Todos serão avaliados nas clínicas do Curso de Odontologia UFPel quanto à elegibilidade e convidados a participar do projeto.

3.3.1 Amostra

Considerando uma hipótese de não-inferioridade O cálculo foi realizado usando a linguagem de programação R, utilizando a função “pwr.2p.test” do pacote 'pwr' para determinar tamanhos de amostra (PARK *et al.*, 2023). Para o cálculo do tamanho da amostra seguimos os valores fornecidos por um estudo clínico randomizado que apresenta 95,12% (SCOTTI; ERULI; COMBA, 2015) de taxa de sucesso para dentes tratados endodonticamente retidos por pino de fibra de vidro e restaurados diretamente com resina composta após 35 meses de acompanhamento. Ainda houve um acréscimo de 20% para possíveis perdas e 20% de cluster ($\Delta=0,2$), já que um paciente poderá ter mais de um dente incluído no estudo. Dessa forma serão necessários 56 dentes por grupo, atingindo uma amostra necessária de 112 dentes. Foi considerado um nível de significância de 5% e o poder da amostra de 80%.

3.3.2 Critérios de Elegibilidade

Critérios de inclusão

Os voluntários devem preencher todos os seguintes critérios:

- boas condições de saúde geral (com razoável controle de biofilme);
- molares endodonticamente tratados;
- margem supragengival mínima de 2 mm;
- elemento que receberá o tratamento deve estar em oclusão;
- que apresentem pelo menos um elemento adjacente;
- que apresente ao menos 20 dentes em boca;

Critérios de exclusão

Os voluntários que apresentarem qualquer uma das seguintes características serão excluídos:

- dor dentária, tratamento endodôntico insatisfatório ou sinais de lesões periapicais no momento do exame radiográfico ou clínico;
- fratura radicular;
- necessidade de comportar-se como pilar protético;
- mobilidade maior que grau I;
- participantes usando aparelho ortodôntico;

3.4 Procedimentos

Restauração Endocrown na técnica semi-direta com resina composta

O preparo do elemento dental será realizado através da remoção de restaurações insatisfatórias, provisórias, tecido cariado ou outros que impeçam a correta realização do tratamento. O aspecto final do preparo cavitário deve apresentar ângulos internos arredondados, paredes axiais ligeiramente expulsivas e, o assoalho da câmara pulpar deve ser reto, conforme demonstrado na Figura 1. Para isso, serão utilizadas pontas diamantadas e brocas carbide conforme a necessidade de cada caso.



Figura 1: Representação esquemática do preparo para restauração do tipo Endocrown.

Caso o preparo esteja a nível gengival e julgue-se necessário, será inserido fio retrator para promover o afastamento gengival e facilitar o processo

de escaneamento digital. O escaneamento será realizado com o scanner MEDIT i600 e será impresso parcialmente em oclusão, sendo impresso apenas o dente em questão preparado e os dentes adjacentes assim como os dentes em oclusão antagonistas. A impressão do modelo de será pela impressora 3D Anycub Photon com resinas para impressão do modelo.

A peça em resina será confeccionada em resina composta pela técnica incremental de 2mm de material sendo fotopolimerizado por 40 segundos. A cimentação da peça será realizada com o uso de um cimento autoadesivo, seguindo todas as orientações do fabricante. O excesso de cimento será removido antes da fotoativação do mesmo. Após a cimentação, ajuste oclusal e acabamento e polimento serão realizados com pontas diamantadas de granulação fina e extrafina, pontas de borracha abrasiva e pasta de polimento. Um protocolo com a sequência de passos para a confecção da restauração será disponibilizado para os operadores. Os materiais utilizados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Materiais que serão utilizados para a confecção das restaurações Endocrown de resina composta na técnica semi-direta.

Material	Nome comercial	Fabricante
Fio retrator	Retrator Gengival Ultrapak	Ultradent/Brasil
Resina para impressão	Resina para Impressora 3D Cosmos Dental Model DLP - RENDE 50 MODELOS (1L)	Ylller
Restaurador provisório	Restaurador temporário Bioplic	Biodinâmica/Brasil
Ácido fosfórico 37%	Condac 37	FGM/Brasil
Resina composta	Resina Filtek One Bulk Fill 3M	3M ESPE/EUA
Sistema adesivo	Adesivo Single Bond Universal	3M ESPE/EUA
Cimento	RelyX U200	3M ESPE/EUA
Resina flow	Yflow	Ylller

Restauração direta em resina composta com cimentação de pino de fibra de vidro

O preparo do elemento dental será realizado através da remoção de restaurações insatisfatórias, provisórias, tecido cariado ou outros que impeçam a correta realização do tratamento. O procedimento deverá ser realizado sob isolamento absoluto do campo operatório. O conduto de maior calibre será desobturado até que restem aproximadamente 4mm de material obturador no ápice do canal. O pino de fibra de vidro selecionado será cimentado no conduto utilizando cimento autoadesivo.

Após a cimentação do pino, o elemento será condicionado com ácido fosfórico 37% conforme as instruções do fabricante. Posteriormente o ácido será lavado abundantemente com jato de ar e água e será seco com auxílio de papel absorvente. Será aplicado adesivo convencional de dois passos, seguido de jato de ar para evaporação do solvente e fotoativado pelo tempo determinado pelo fabricante. A restauração será confeccionada seguindo a técnica incremental com incrementos de resina de até 2mm e fotoativados a cada inserção. Após a finalização da restauração, os contatos oclusais serão verificados e o acabamento e polimento será realizado com pontas diamantadas de granulação fina e extrafina, pontas de borracha abrasiva e pasta de polimento.

Um protocolo com a sequência de passos para a confecção da restauração direta será disponibilizado para os operadores (Apêndice D). A ficha com os dados do paciente e dos materiais utilizados será disponibilizado aos operadores a cada consulta (Apêndice E). Os materiais utilizados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Materiais que serão utilizados para a confecção das restaurações diretas em resina composta com cimentação de pino de fibra de vidro.

Material	Nome comercial	Fabricante
Lençol de borracha	Lençol de Borracha	Madeitex/Brasil
Pino de fibra de vidro	Pino de Fibra de Vidro WhitePost	FGM/Brasil
Cimento	RelyX U200	3M ESPE/EUA
Ácido fosfórico 37%	Condac 37	FGM/Brasil
Sistema adesivo	Single Bond Universal	3M ESPE/EUA

Avaliação da longevidade do procedimento restaurador

Após a confecção da restauração, um operador calibrado irá avaliar a restauração através de critérios pré-estabelecidos (HICKEL *et al.*, 2023), sendo que esta será a avaliação baseline. Anualmente esta avaliação será repetida em todos os elementos restaurados. Ainda, será realizado o exame radiográfico digital (radiografia periapical ou bitewing) com sensor para radiografia digital Micro Imagem FIT T1 (Acteon).

O desfecho primário a ser avaliado será o sucesso/sobrevivência das restaurações. Nos casos em que ocorrer falha e esta for passível de reparo, este será anotado e executado. Além disso, serão consideradas como falhas as situações em que após avaliações clínicas e radiográficas dos dentes haja a presença de alguma alteração endodôntica patológica impossível de ser tratada, fratura radicular, fratura do núcleo, evidência clínica e/ou radiográfica de que existe fenda marginal entre a restauração e dente, exodontia, cárie secundária ou defeitos marginais e o relato de sensibilidade pós-operatória do paciente. Todos os critérios avaliados serão preenchidos numa ficha de avaliação (Apêndice F).

Estimação do volume do remanescente e avaliação do desgaste das restaurações

Serão realizados escaneamentos intraorais pré (após remoção de tecido cariado/preparo protético) e pós os tratamentos reabilitadores a fim de avaliar o volume do remanescente de estrutura dental e realizar avaliações de desgaste das restaurações. A análise dos dados determinará o volume das restaurações, fornecendo *insights* sobre os níveis de desgaste ao longo dos acompanhamentos.

Para garantir condições de teste comparáveis, um único operador com experiência em digitalização intraoral realizará o exame clínico com um MEDIT i600. Antes do uso, a ponta de digitalização será calibrada usando o dispositivo de calibração fornecido pelo fabricante (REHMANN *et al.*, 2017). Gazes serão utilizadas para absorver a saliva das glândulas salivares e a língua será retraída com uma espátula de madeira. Os dentes serão suavemente secos ao ar. A

mesma estratégia de varredura será realizada começando pelas superfícies oclusal e vestibular e terminando na superfície vestibular (MÜLLER *et al.*, 2016). A ponta do escaneamento será guiada paralelamente aos dentes a uma distância constante de 1 a 1,5 cm sem contato. Apenas o dente do estudo e os dentes adjacentes serão digitalizados para garantir maior precisão do conjunto de dados digitalizados (SCHLENZ *et al.*, 2022). Para garantir que artefatos como sobras de alimentos não obscureçam os dados do exame intraoral, será realizada profilaxia em todos os participantes.

Quanto a mensuração do desgaste dentário a superfície oclusal de cada dente será definida em sete áreas: mesiobucal (mb), distobucal (db), mesiolingual (ml), distolingual (dl), cúspide distal (d), se presente, margem marginal mesial (mr) e margem marginal distal (dr) (Figura 2). Cada uma dessas áreas será avaliada individualmente. A morfologia dentária será avaliada usando imagens 3D geradas com o Sistema MEDIT.

Para a análise quantitativa da perda de tecido, conjuntos de dados nos momentos dos acompanhamentos serão exportados do software MEDIT no formato de linguagem padrão e importados para o software GOM Inspect 3D (versão V8 SR1, GOM GmbH, Braunschweig, Alemanha). Todos os pontos de dados serão reduzidos à área de interesse, que será a superfície oclusal acima do equador do dente em estudo. Para a análise do desgaste, os conjuntos de dados serão sobrepostos usando o melhor ajuste programado com a técnica de ponto mais próximo iterativo para a medição do desgaste prematuro (GÜTH *et al.*, 2020; SCHLENZ *et al.*, 2022). O erro geral de sobreposição será determinado para cada dente.

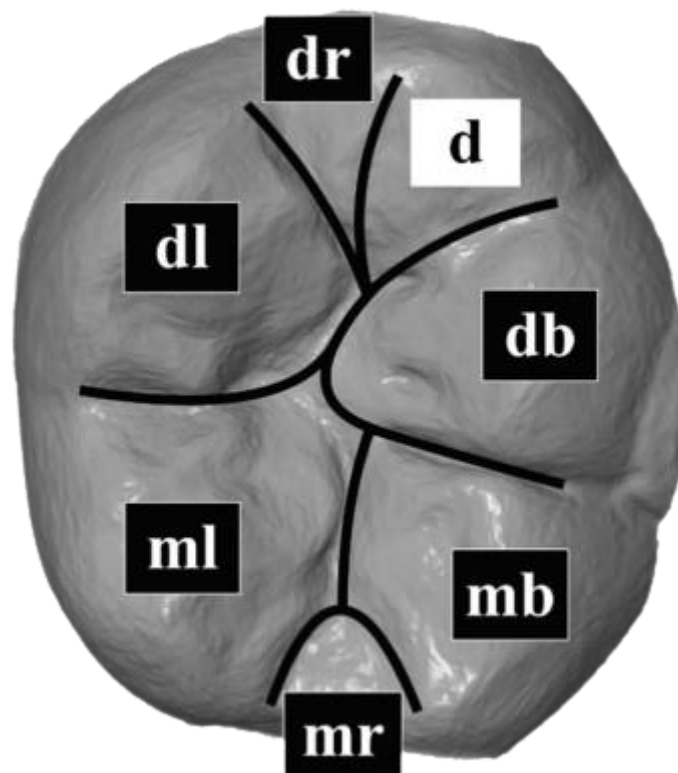


Figura 2. Classificação da superfície oclusal de cada dente em estudo, distribuída em sete áreas: mesiobucal (mb), distobucal (db), mesiolingual (ml), distolingual (dl), e, se existente, cúspide distal (d), assim como margem mesial (mr) e margem distal (dr) (SCHLENZ *et al.*, 2022).

O exame clínico intraoral do desgaste será realizado pré-tratamento e nos demais acompanhamentos por meio do Índice de Desgaste Dentário (IDD) (TWI – Tooth Wear Index), proposto por Smith e Knight (1984), o qual classificam as lesões como um desgaste que pode ser originado tanto da erosão como da abrasão e atrição. Nesse índice, o desgaste é dividido de acordo com a gravidade em: 0 nenhuma perda de estrutura dentária; 1 perda de uma camada de esmalte; 2 perdas de esmalte com exposição de 1/3 de dentina; 3 exposições de mais de 1/3 de dentina; e 4 exposições de dentina secundária ou polpa. Cada superfície do dente que está sujeita a receber ação do desgaste será avaliada.

Pontuação	Face	Critérios
0	V/L/O/I C	Sem perda das características da camada de esmalte Sem perda de contorno
1	V/L/O/I C	Perda das características da camada de esmalte Mínima perda de contorno
2	V/L/O I C	Perda de esmalte com exposição dentinária em menos de um terço da superfície Perda de esmalte expondo apenas dentina Defeito inferior a 1 mm de profundidade
3	V/L/O I C	Perda de esmalte com exposição dentinária em mais de um terço da superfície Perda de esmalte e perda substancial de dentina Defeito inferior a 1-2 mm de profundidade
4	V/L/O I C	Perda de esmalte total – exposição pulpar – exposição de dentina secundária exposição pulpar ou exposição de dentina secundária Defeito superior a 2 mm de profundidade – exposição pulpar – exposição de dentina secundária

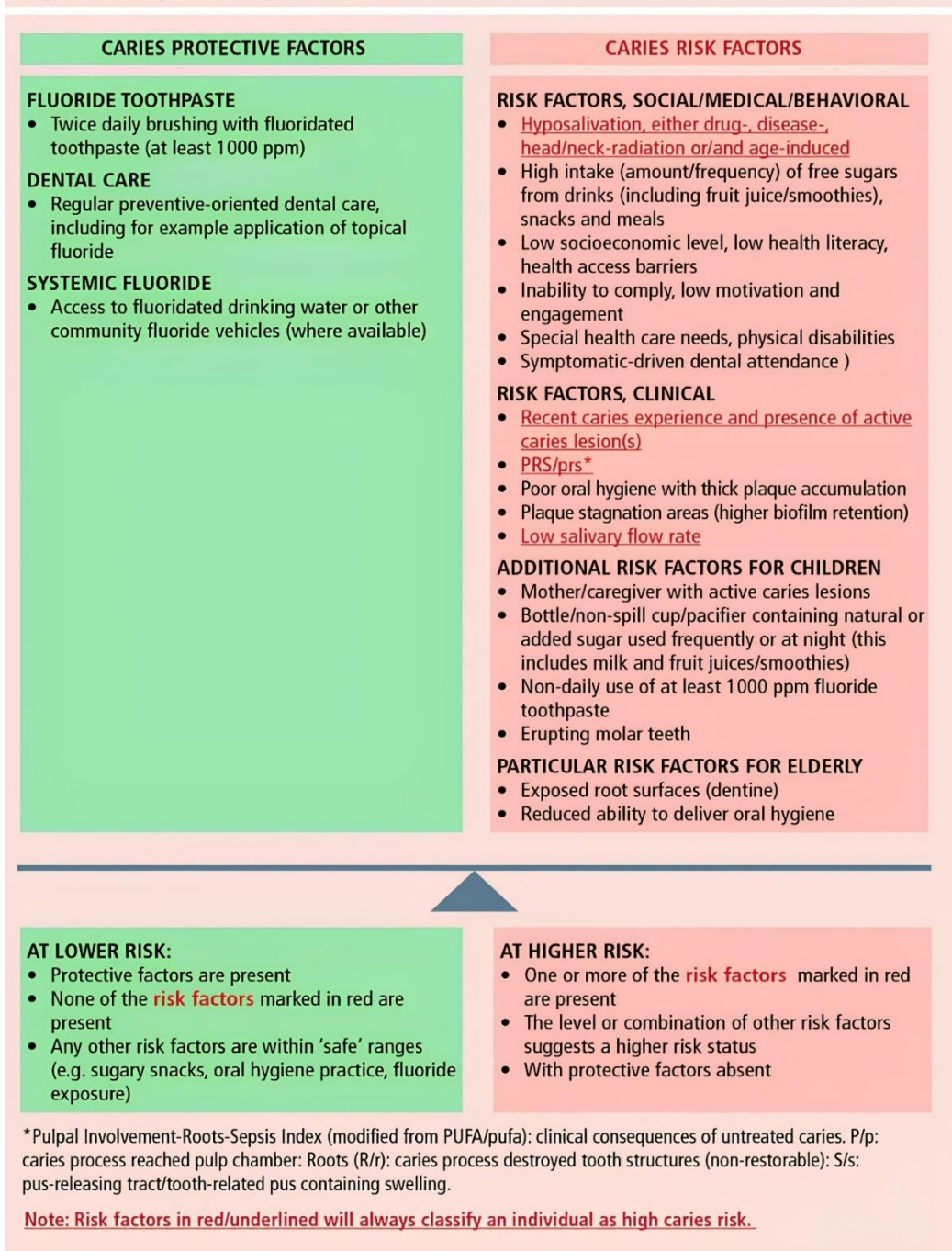
V – face vestibular; L – face lingual; O – face oclusal; I – face incisal; C – face cervical

Figura 3. Índice de desgaste dentário de Smith and Knight (1984) (CORREIA *et al.*, 2021).

Avaliação do Risco de Cárie

A avaliação individual de risco de cárie será realizada de acordo com as diretrizes do modelo multivariado do CariesCare International (CCI™) (MARTIGNON *et al.*, 2019), e será realizada em T0 (baseline) e durante os acompanhamentos dos participantes. Os participantes serão classificados como: baixo ou alto risco de cárie dentária e, se necessário, encaminhados para tratamento com base no manual CariesCare International, no qual diferentes perfis de risco de cárie são direcionados para diferentes estratégias de manejo. Os critérios para avaliação de risco estão detalhados na Figura 3. O CariesCare International adotada um método prático para associar fatores de risco e fatores protetores para a doença cárie, usando as cores vermelha e preta para indicar os fatores de risco, e a cor verde para indicar os fatores protetores. A avaliação do paciente baseia-se na ausência ou presença desses fatores. Por exemplo, qualquer paciente com pelo menos um fator de risco crítico (representado em vermelho) é considerado de alto risco. No caso de um paciente sem fatores de risco em vermelho, o que, por si só, o coloca em alto risco independentemente da avaliação, o risco final de cárie é determinado pela combinação da de fatores de risco (indicados em preto) e fatores protetores (indicados em verde).

Fig. 2 Caries protective and risk factors

Figura 4. Fatores de proteção e risco de cárie (MARTIGNON *et al.*, 2019).

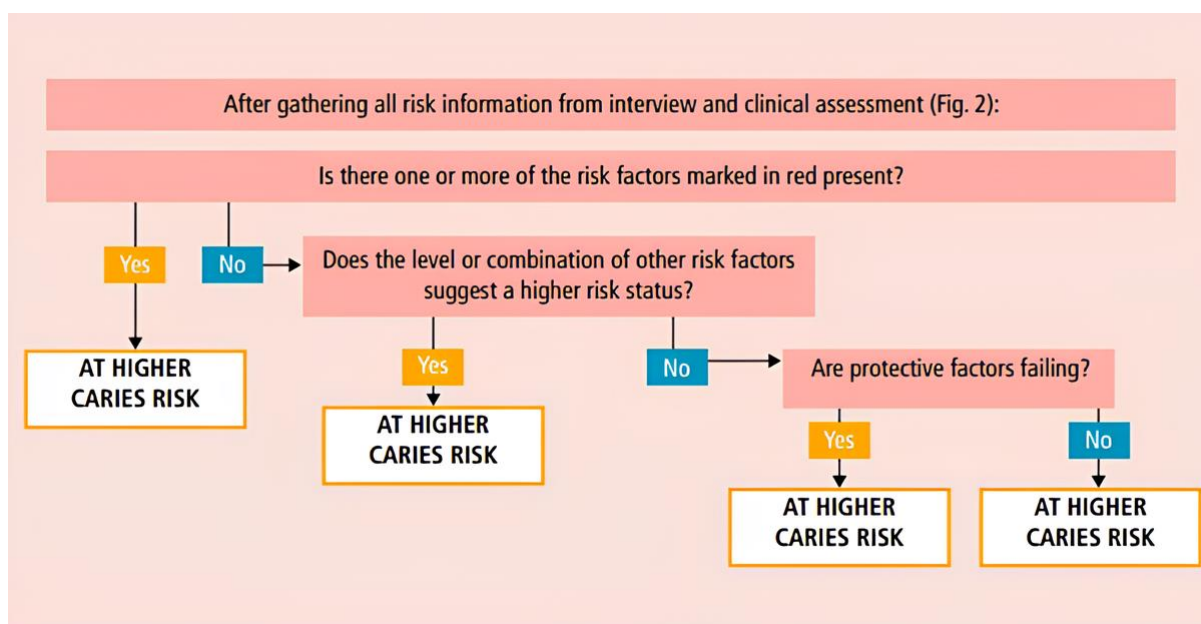


Figura 5. Fluxograma de classificação do nível de risco de cárie do paciente (MARTIGNON *et al.*, 2019).

Avaliação do impacto do tratamento na qualidade de vida dos pacientes

Para avaliar o impacto do tratamento restaurador na qualidade de vida dos pacientes, um instrumento previamente validado (OHIP-14 - *The Oral Health Impact Profile-14*) será utilizado (ANEXO B). O questionário será aplicado aos participantes antes e um mês após a realização do tratamento. Este questionário engloba questões relacionadas à demografia comunicação, alimentação, estresse, entre outros (Apêndice B).

Avaliação da relação custo X utilidade

Para a avaliação do custo dos tratamentos, serão registrados na ficha dos pacientes o número de sessões clínicas necessárias para o tratamento (por sessão e o número de horas aproximada por sessão). O principal foco da nossa análise será avaliar a efetividade econômica entre dois grupos de tratamento distintos: coroas do tipo *endocrown* de resina composta e restaurações diretas de resina composta em pinos de fibra de vidro. Utilizaremos como medida primária os custos totais, englobando custos de procedimentos odontológicos diretos e custos de oportunidade para cada grupo.

Além disso, contabilizaremos o tempo dedicado ao tratamento, considerando o número e duração das consultas, horas dedicadas em laboratório

para confecção da coroa *endocrown*, com base em registros como prontuários eletrônicos, documentação fotográfica e radiográfica. As etapas do tratamento serão categorizadas em cuidados iniciais (preparatórios, ISG, IPV, RAP), cuidados ativos (preparo, coroa provisória, moldagem, prova da coroa, confecção em laboratório), cuidados restauradores (cimentação da coroa e do pino) e cuidados de suporte (acompanhamento) (BRUHNKE *et al.*, 2023).

Os custos dos procedimentos odontológicos serão estimados usando como base o catálogo da Tabela de valores de procedimentos de consultório odontológico da ASSECOR (2022) e Tabela referência para procedimentos odontológicos e Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos - CBHPO (2021), enquanto os custos de materiais serão calculados com base no consumo individual.

Os custos serão subcategorizados em cuidados iniciais/preparatórios, cuidados ativos, cuidados restauradores e cuidados de suporte. Os custos associados às complicações serão calculados e estão incluídos nos custos dos cuidados de suporte (embora, naturalmente, os pacientes não são cobrados pelos custos do tratamento associados às complicações). Os custos de procedimentos serão calculados como a soma dos itens de honorários correspondentes a cada etapa do tratamento para cada paciente e dente individualmente. Além disso, serão calculados os custos de oportunidade, que consideram o tempo gasto em tratamento e o tempo de viagem, contabilizando o tempo não gasto no trabalho. Para o tempo de viagem, será a distância entre a clínica e os endereços dos pacientes e presumidos requeria 27,7 minutos de acordo com os dados da capital mais próxima Porto Alegre (PEREIRA; SCHWANEN, 2013) tanto para a viagem de ida quanto volta. O tempo trabalhado será multiplicado pelo salário médio por hora no Brasil para um cirurgião-dentista com jornada de trabalho de 30 horas/semanais da rede pública (BRASIL, 1961). Como serão coletadas estimativas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal usando o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) em diferentes intervalos de tempo; T1 (antes do tratamento) e T2 (após 1 mês), será calculado adicionalmente a mudança nas pontuações do OHIP ao longo do tempo. Com base nos custos acumulados e na diferença no OHIP entre T1 e T2, será estimado um cálculo dos custos por alteração do OHIP para cada indivíduo, e determinada uma relação custo-utilidade incremental comparando os dois

grupos. Analisando que as pontuações do OHIP diminuem se a qualidade de vida relacionada com a saúde oral melhorar, gerando impacto no custo-utilidade (ou seja, a utilidade adicional por real adicional gasto é medida como uma diminuição do OHIP por reais).

3.5 Organização dos dados

A regulamentação independente de coleta de dados, gerenciamento, e a análise será assumida de forma independente por um dos autores. Os dados inseridos serão conduzidos por um dos autores do estudo. Os dados serão inspecionados semanalmente. As inconsistências serão verificadas, corrigidas e registradas.

As variáveis serão agrupadas de acordo com os seguintes critérios:

a) Tipo de intervenção: Endocrown em resina composta ou restauração com retentores intrarradiculares em resina composta;

b) Desfechos primários: Sucesso e sobrevivências das restaurações;

c) Desfechos secundários: Volume do remanescente dental, desgaste das restaurações, relação custo-utilidade dos tratamentos e qualidade de vida dos pacientes.

d) Características dos participantes: Idade, sexo, condições de saúde geral, condições orais pré-existent, avaliação de risco de cárie, efeitos adversos de cada participante.

Todos os sujeitos que receberem um número pelo processo de randomização, serão acompanhados de acordo com o seguinte protocolo. Os sujeitos serão considerados como perda de seguimento somente se nenhum contato tiver sido estabelecido durante os períodos de acompanhamento anuais, havendo, portanto, informações insuficientes para determinar o estado do sujeito.

Esforços serão realizados para determinar as razões pelas quais o voluntário não retornou para as visitas necessárias ou os motivos de sua retirada do estudo, incluindo contatos telefônicos. Os voluntários sairão do estudo se qualquer uma das seguintes situações acontecer:

- Voluntário que falhar em comparecer às consultas para avaliações clínicas;

- Caso o voluntário decida terminar sua participação no estudo, independentemente da razão;
- Voluntário que descontinuar seu tratamento ou for realocado;
- Se um dos voluntários se retirar antes do término de todas as consultas determinadas para o estudo, as razões para a descontinuidade prematura deverão ser documentadas e reportadas no fluxograma do estudo. Cuidados auxiliares e pós-julgamento. Os participantes receberão tratamento odontológico durante e após o término do estudo;

3.6 Metodologia da Análise de Dados

As análises estatísticas serão realizadas utilizando o software RStudio versão 4.3.2 (Rstudio Team, MA, USA) e usando os pacotes “dplyr”, “survival” e “survminer”. Uma análise será realizada para descrever os pacientes e as características dentárias de acordo com as intervenções. Diferenças entre o baseline e a avaliação de 1 ano serão mensuradas através do *log rank test* e posteriormente o cálculo das curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) ($\alpha = 0,05$) seguida de regressão de Cox, se for possível e conforme número de insucessos. As análises levarão em conta a fragilidade compartilhada considerando a correlação intraclassa entre as intervenções realizadas no mesmo paciente. A curva de sobrevivência poderá apresentar os casos que apresentaram falhas em razão dos desfechos primários. Nos casos de falha, será anotado o tempo em meses que esta ocorreu e se não houver, será registrado o tempo de sobrevivência. A taxa de sobrevivência em função das variáveis (tipo de restauração/pino) será avaliada através das curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier os desfechos secundários serão avaliados descritivamente.

As estimativas e cálculos de custos serão realizados em planilhas (Excel, Microsoft, Redmond, EUA). O número de consultas, tempo de tratamento e deslocamento, custos de procedimentos e custos de oportunidade serão calculados para cada paciente e para cada etapa do tratamento individualmente. A distribuição normal será avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Caso, não haja normalidade entre os dados, o teste Mann-Whitney-U será aplicado para comparação dos grupos de tratamento. O nível de significância será estabelecido em $p < 0,05$.

3.7 Resumo do estudo para o CEP

Estudo clínico randomizado, unicêntrico com dois braços: (1) Reabilitação oral de endocrowns em resina composta; (2) Restaurações diretas em resina composta retidas por pino de fibra de vidro. Estudo de caráter acadêmico, para a obtenção do título de doutora em clínica odontológica com ênfase em Prótese. Patrocinador: Recursos próprios dos pesquisadores. País de Origem: Brasil. Número de participantes incluídos: 112 molares. Centro de pesquisa no Brasil: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas. Armazenamento de amostras em banco de material biológico: Não se aplica. Instrumentos para coleta de dados encontram-se nos Apêndices A-F ao projeto. Previsão de início do estudo: [01/05/2024]. Previsão de recrutamento de participantes ou acesso aos dados: [01/05/2024]. Previsão de término do estudo: [01/02/2027]. Previsão de envio de relatório final ao CEP: [01/03/202]

4 Cronograma

	<i>Início</i>	<i>Término</i>
1 Redação projeto / Qualificação	01/12/2023	23/02/2024
2 Revisão da Literatura	01/06/2023	01/02/2027
3 Submissão ao CEP	09/04/2024	09/07/2024
4 Recrutamento de participantes / seleção (participantes ou prontuários)	01/05/2024	01/05/2025
5 Intervenção - Baseline / Coleta de dados	01/06/2024	01/06/2025
6 Intervenção - Acompanhamento 1	01/06/2024	01/06/2025
7 Tabulação e Análise parcial de dados	01/07/2025	01/09/2025
8 Intervenção - Acompanhamento 2	01/06/2026	01/01/2027
9 Compilação e Análise final de dados	01/01/2027	01/03/2027
10 Redação Artigo / Dissertação / Tese / Relatório Final CEP	01/12/2026	01/02/2027

5 Orçamento

Descrição dos materiais, quantidade e valores dos mesmos necessários para a realização do projeto.

Item	Descrição do produto	Quantidade	Preço unitário	Custo total
1	500 Folhas brancas	1	30,00	30,00
2	Canetas	10	2,00	20,00
3	Lápis	10	1,50	5,00
4	Envelopes brancos	50	1,50	75,00
5	Envelopes pardos	50	1,50	75,00
6	Pasta	2	45,99	91,98
7	Envelope transparente para prontuário	50	2,00	100,00
8	Porta filme radiográfico	1cx	24,99	24,99
9	Adper Single Bond 2	1 un	179,90	179,90
2	Adper Single Bond Universal	1 un	179,90	179,90
3	FGM Condicionador Ácido Fosfórico 37% Condac	2 unidades	20,99	41,99
4	Kit Silicone de Adição Scan Putty Regular – Yller	2 kits	414,90	829,80
5	Filme Radiográfico E-Speed Adulto – Carestream	1 cx	239,00	239,00
6	3M™ Filtek™ One Resina Bulk Fill	7 un	179,90	1259,30
7	Lençol de Borracha	4 cx	18,90	75,60
8	Moldeira Inox Parcial Perfurada Sortida – Tecnodent	2 cx	120,90	241,18
9	Pino de Fibra de Vidro WhitePost	7 cx	78,99	552,93
10	Sylano-Yller	1 un	31,90	31,90
11	RelyX U200	2 un	652,00	1304,00
12	Resina de impressão 3D Yller	10 un	679,90	6.799,00
13	Restaurador temporário Bioplic	2 un	69,90	139,80
14	Retrator Gengival Ultrapak	2 un	85,90	85,90
15	Seringa Injetora Precision – Maquira	2 un	270,00	540,00
			Total	12.922,17

Referências

- ASSECOR. **Tabela de preços**, 2022. Disponível em: <https://assecorsindical.org.br/files/5216/4624/1866/2022-Consultorio-Odonto-Tabela-Valores.pdf>
- BIACCHI, G.R.; MELLO, B.; BASTING, R.T. The endocrown: an alternative approach for restoring extensively damaged molars. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 25, n.6, p. 383-90, 2013. PMID: 24148141.
- BINDL, A.; MÖRMANN, W. H. Clinical evaluation of adhesively placed Cerec endo-crowns after 2 years—preliminary results. **The journal of adhesive dentistry**, Germany, v. 1, n. 3, p. 255–265, 1999.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961**. Dispõe sobre... Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1961.
- BRUHNKE, M.; NAUMANN, M.; BEUER, F.; BÖSE, M.W.H.; VON STEIN-LAUSNITZ, M.; SCHWENDICKE, F. Implant or tooth? – A cost-time analysis of managing “unrestorable” teeth. *Journal of Dentistry*, v. 136:104646, 2023. Doi: 10.1016/j.jdent.2023.104646.
- CBHPO. **Tabela referência para procedimentos odontológicos**, 2021. Disponível em: https://intranet.sgb.gov.br/publique/media/beneficios/assis_odonto/odonto_procedimentos_v2.pdf
- EL ELAGRA, M. Preparação Endocrown: Revisão. **International Journal of Applied Dental Sciences**, v.5, p. 253-256 2019. Disponível em: <https://www.oraljournal.com/archives/2019/5/1/D/5-1-48>
- GÜTH, J.F *et al.* In vivo wear of CAD-CAM composite versus lithium disilicate full coverage first-molar restorations: a pilot study over 2 years. **Clinical Oral Investigations**, v.24, p. 4301–4311, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03294-5>
- HICKEL, R. *et al.* Revised FDI criteria for evaluating direct and indirect dental restorations-recommendations for its clinical use, interpretation, and reporting. **Clinical Oral Investigation**, v. 27, n. 6, p. 2573-2592, 2023. Doi: 10.1007/s00784-022-04814-1
- MANNOCCI, F. *et al.* Present status and future directions: The restoration of root filled teeth. **International Endodontic Journal**, Department of Endodontics, Faculty of Dentistry, Oral and Craniofacial Sciences, King’s College London, London, United Kingdom, v. 55, n. S4, p. 1059–1084, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iej.13796>
- MARTIGNON, S *et al.* CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. *Brazilian Dental Journal*, v. 227, n.5, p. 353-362, 2019. doi: 10.1038/s41415-019-0678-8. Erratum in: *Brazilian Dental Journal*, v. 227, n.11, p. 988, 2019. PMID: 31520031.
- MORMANN, W.H.; BINDL, A.; LUTHY, H. *et al.* Effects of preparation and luting system on all-ceramic computer-generated crowns. **The International Journal of Prosthodontics**, V. 11, n. 4, p. 333-339. PMID: 9758997
- MÜLLER, P.; ENDER, A.; JODA, T.; KATSOULIS, J. Impact of digital intraoral scan strategies on the impression accuracy using the TRIOS Pod scanner. **Quintessence International**. v. 47, n.4, p.343-9, 2016. doi: 10.3290/j.qi.a35524.

PARK, S.; KIM, Y.H.; Bang, H.I.; PARK, Y. Sample size calculation in clinical trial using R. **The Journal of Minimally Invasive Surgery**, v.26, n. 1, p. 9-18, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10020745/>

PEREIRA, R. H. M.; SCHWANEN, T. Tempo de deslocamento casa-trabalho no Brasil: (1992-2009): diferenças entre regiões metropolitanas, níveis de renda e sexo. **Texto para Discussão**, IPEA, n. 1813, 2013.

PISSIS, P. Fabrication of a metal-free ceramic restoration utilizing the monobloc technique. *Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry*, v. 7, n. 5, p.83-94,1995. PMID: 7548896.

REHMANN, P.; SICHWARDT, V.; WÖSTMANN, B. Intraoral scanning systems: need for maintenance. **The International Journal of Prosthodontics**, v. 30, p. 27–29, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/ijp.4976>

SCHLENZ, M.A *et al.* Intraoral scanner-based monitoring of tooth wear in young adults: 12-month results. **Clinical Oral Investigations**, v.26, n.2, p.1869-1878, 2022. doi: 10.1007/s00784-021-04162-6.

SCHWARTZ, R. S.; ROBBINS, J. W. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: A literature review. **Journal of Endodontics**, v. 30, p. 289-301, 2004. Disponível em: [https://www.iendodon.com/article/S0099-2399\(05\)60104-5/fulltext](https://www.iendodon.com/article/S0099-2399(05)60104-5/fulltext)

SCOTTI, N.; ERULI, C., COMBA, A., PAOLINO, D. S., ALOVISI, M., PASQUALINI, D., & BERUTTI, E. Longevity of class 2 direct restorations in root-filled teeth: A retrospective clinical study. **Journal of Dentistry**, v.543, n. 5, p. 499–505, 2015. doi:10.1016/j.jdent.2015.02.006

SMITH, B.G.; KNIGHT, J.K. An index for measuring the wear of teeth. *Brazilian Dental Journal*, v.23, n.156, p.435-8. doi: 10.1038/sj.bdj.4805394. PMID: 6590081.
THOMAS, R. M. *et al.* Comparing endocrown restorations on permanent molars and premolars: a systematic review and meta-analysis. **British dental Journal**, England, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2279-y>

YASSEN, G.H; VAIL, M.M.; CHU, T.G.; PLATT, J. A. The effect of medicaments used in endodontic regeneration on root fracture and microhardness of radicular dentine. *International Endodontic Journal*, v.46, p. 688-695, 2013.

Apêndices

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Pós Graduação em Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Colaborador(a), você está sendo convidado(a) a participar do seguinte estudo:

Título da pesquisa: Desempenho clínico de *endocrowns* comparadas com restaurações utilizando retentores intrarradiculares: um ensaio clínico randomizado

Pesquisador responsável: Laylla Galdino dos Santos

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Faculdade de Odontologia (Programa de Pós-Graduação)

Local de realização do estudo/coleta de dados: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas

Responsáveis: Dr. Luiz Alexandre Chisini, Professores Dra. Tatiana Pereira Cenci, Doutoranda Laylla Galdino dos Santos

Orientadores da pesquisa:

Prof Dr. Luiz Alexandre Chisini, Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dra. Tatiana Pereira Cenci, Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Contato: Rua Gonçalves Chaves, 457, Sala 50, Pelotas.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Desempenho clínico de endocrowns comparadas com restaurações diretas utilizando retentores intrarradiculares: protocolo de um estudo clínico randomizado**, desenvolvida ppr Laylla Galdino dos Santos doutoranda em Clínica Odontológica com ênfase em Prótese do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação do Professor Dr. Luiz Alexandre Chisini e Professora Dra. Tatiana Pereira Cenci.

O objetivo central do estudo é: 1) avaliar a longevidade a curto e longo prazo de *endocrowns* de resina composta e compará-las a restaurações diretas de resina composta retida por pino de fibra de vidro em dentes molares permanentes, 2) avaliar o custo-utilidade para restaurações *endocrown* e resina direta retida por pino, 3) estimar do volume do remanescente e avaliação do desgaste das restaurações.

O convite a sua participação se deve à que precisamos de pacientes que se encaixem nos critérios estabelecidos pela pesquisa para realizar restaurações, sem nenhum custo, para fim de reabilitar o seu dente e acompanhar com o passar dos anos e caso necessários realizar reparos nessas restaurações. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Será necessário que você compareça a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (R. Gonçalves Chaves, 457 - Centro, Pelotas - RS, 96015-560) para os atendimentos. A sua participação consistirá em ser atendido por um aluno treinado para realizar os procedimentos necessários sobre a orientação de

um professor experiente na área. Serão realizadas consultas a serem marcadas toda semana até terminar o tratamento e você será convidado a retornar para consultas para reavaliações das restaurações.

As técnicas utilizadas no estudo são baseadas no uso de materiais já aprovados e consagrados na literatura e por isso, oferecem riscos mínimos à integridade do ser humano. Os procedimentos realizados oferecem risco mínimo à saúde bucal dos pacientes. Os efeitos adversos são representados pelos dentes com episódios de dor, sensibilidade pós-operatória, fratura dentária durante o procedimento restaurador. No tratamento odontológico, a possibilidade desses efeitos acontecerem geralmente está presente.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido do procedimento restaurador destinado a restaurar o seu dente, promover uma função e estética adequadas. Os resultados deste estudo têm o potencial de contribuir para a determinação da taxa de sucesso do tratamento restaurador utilizando resina composta. Esse conhecimento permitirá a avaliação das opções dessa abordagem para restauração de dentes posteriores que foram submetidos a tratamento endodôntico e apresentam extensa destruição coronária. Essa avaliação visa, por sua vez, otimizar os custos para os pacientes e favorecer a melhoria de um tratamento reabilitador eficaz no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Se você sofrer algum dano decorrente da participação no estudo, tem direito a assistência integral, imediata e gratuita (responsabilidade dos pesquisadores) e tem direito a buscar indenização, caso sinta que houve qualquer tipo de abuso por parte dos pesquisadores.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por (exames, avaliações etc.) serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus (Suas) (respostas, dados pessoais, dados de exames de imagem, avaliações etc) ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) (questionários ou fichas de avaliação) Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, isto ocorrerá sob forma codificada, para preservar seu nome e manter sua confidencialidade.

Os dados coletados serão armazenados no seu prontuário da Faculdade de Odontologia e os dados para pesquisa são armazenados e registrados em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o aluno e seu professor orientador para minimizar os riscos de quebra de sigilo. Ao final da pesquisa, todo material será

mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS nº 466/12. Após 5 anos esse material será destruído.

Os custos do projeto são de responsabilidade do pesquisador. O colaborador/participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação e as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, cujo endereço consta deste documento.

O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução 466/2012-CNS-MS, é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses de participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Para garantir os padrões éticos da pesquisa, os tópicos anteriores concedem requisitos mínimos para manter sua integridade e dignidade na pesquisa. Como segurança jurídica, este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como participante da pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Você poderá acionar o/a pesquisador/a responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa, através das informações, endereços e telefones contidos abaixo.

Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo professor Luiz Alexandre Chisini.

Assinatura ou impressão datiloscópica do colaborador

Data: ____/____/____

Eu, **Laylla Galdino dos Santos**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nomeado.

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme dados e endereço abaixo:

Nome: Laylla Galdino dos Santos

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457, Centro, Pelotas, RS

Telefone: (69) 993603809

E-mail: laylla.galdino1996@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel, no endereço abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas

Telefone: (53) 3260 2801

e-mail cepodonto@ufpel.edu.br

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457, Centro, Pelotas, RS

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: Segunda a Sexta, das 8h às 11h30 e das 14h às 17h30

Apêndice B. Questionário sociodemográficos, comportamentais e histórico médico.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ ID: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nome e contato de 2 parentes:

Qual a sua cor/raça?

☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ NS

Estado civil:

☐ solteiro(ou) ☐ casado(ou) ☐ viúvo(ou) ☐ divorciado

Quantas pessoas moram em sua casa? _____.

Quantas dessas pessoas têm 15 anos ou mais? _____

Quanto anos você estudou? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Qual é o seu grau de escolaridade?

☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Médio Incompleto

☐ Ensino Superior Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo

☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo
QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS: NS= não sei

Quantas vezes você escova seus dentes por dia? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 E _____

Que tipo de escova usa? ☐ Extra-macia ☐ Macia ☐ Média ☐ Dura ☐ NS

Quanto tempo você demora em trocar de escova (meses)?

1 2 3 4 5 6 + de 6 NS _____

Faz uso de pasta de dente?

☐ Sim Qual? _____

☐ Não ☐ NS

Você usa algum dispositivo para limpar seus dentes?

☐ Sim Qual? ☐ Fio ☐ Fita ☐ Superfloss ☐ Escova interdental ☐ Palito ☐ Não

Com que frequência você usa esse dispositivo (vezes/dia)? 1 2 3 4 5 6 7 8 _____

Faz uso diário de alguma solução para bochecho?

() Sim Qual? _____. Quantas vezes por dia? _____.

() Não () NS

Você costuma ir ao dentista?

() Sim Quantas vezes por ano? 1 2 3 4 5 _____.

() Não Por quais motivos? () Dor () Revisão _____

Sente sensibilidade nos dentes? () Sim () Não () Às vezes () NS

Você nota sangramento nas suas gengivas? Não () Sim ()

Se afirmativo, quando ele ocorre? _____

Tabagismo – Fuma atualmente?

Não () Ex-fumante () Parou de fumar há quantos anos? _____

Fumante () Quantos cigarros ao dia? _____

Bebe? Não () Sim () Quantas vezes por semana? _____

Histórico médico

Você usa algum medicamento regularmente?

() Sim Se sim, qual (é) _____

() Não () Não lembro () NS

Você tem alguma doença de ordem geral? () Sim Qual (is)?

_____ () Não

Você já foi tratado ou diagnosticado com alguma dessas condições?

() Sangramento anormal

() Anemia

() Hemofilia

() AIDS

() Transfusão sanguínea

() Artrite

() Úlcera/Colite

() Glaucoma

() Problemas cardíacos

() Abuso de drogas

() Epilepsia/Desmaios

() Problemas de pele

() Asma

() Doenças do sangue

() Quimioterapia/Radioterapia

() Câncer/Tumor

() Diabetes/Açúcar no sangue anormal

() Doença nos rins ou fígado

() Dificuldades respiratórias

() Hepatite/Icterícia

() Problemas pulmonares

() Enfisema

() Pressão sanguínea alta ou baixa

() Febre reumática

Apêndice C. Protocolo de confecção para restauração semi-direta em resina composta com cimentação

**CONFECÇÃO DE RESTAURAÇÃO ENDOCROWN EM RESINA COMPOSTA
SEMI-DIRETA**



1. Profilaxia do elemento;
2. Fotografia inicial;
3. Remoção de restaurações insatisfatórias e lesões de cárie;
4. Desobturação do conduto de maior calibre com brocas Gates (4mm);
5. Adaptação do preparo com broca 3131 para finalização da cavidade;
6. Inserção de fio retrator se necessário;
7. Escaneamento digital MEDIT
8. Impressão do modelo impresso;
9. Confeccionar a restauração provisória com um incremento único com Bioplic;
10. Fotoativar por 40s;
11. Isolar o modelo com isolante para gesso;
12. Confeccionar a restauração seguindo a técnica incremental, polimerizando cada incremento por 20s;
13. Remover a peça do modelo e fotoativar por 60s em todas as faces;

CIMENTAÇÃO DE ENDOCROWN DE RESINA COM CIMENTO AUTOADESIVO



1. Remoção da restauração provisória;
2. Profilaxia do elemento;
3. Isolamento do campo operatório;
4. Prova da peça;
5. Condicionamento ácido da peça com ácido fosfórico 37% por 30s;
6. Lavagem com jato de ar e água;
7. Secagem da peça;
8. Aplicação do sistema adesivo na peça;
9. Aplicação de jato de ar por 3s;
10. Fotoativação do adesivo por 20s;
11. Aplicação do cimento autoadesivo no interior da peça;
12. Remoção dos excessos de cimento;
13. Fotoativação do conjunto;
14. Ajuste oclusal;
15. Acabamento e polimento;
16. Fotografia final;

Apêndice D. Protocolo de confecção para restauração direta em resina composta com cimentação de pino de fibra de vidro

CIMENTAÇÃO DE PINO DE FIBRA DE VIDRO COM CIMENTO AUTOADESIVO



1. Isolamento do campo operatório;
2. Abertura coronária;
3. Desobturação do conduto de maior calibre restando 4-5mm de material obturador no ápice;
4. Seleção do pino (0,5 ou 1);
5. Teste da adaptação do pino ao canal radicular;
6. Determinação do comprimento coronário de 2-3 mm e remoção do comprimento excedente com uma broca diamantada antes da cimentação do mesmo;
7. Limpeza do pino com álcool 70°;

ATENÇÃO: não é permitido tocar no pino após limpeza, o mesmo deverá ser manipulado com pinça ou similar;

8. Aplicação do Silano com microbrush no pino e espera-se 1 min para secar;
9. Manipulação das pastas do cimento em placa de vidro ou bloco específico para este fim com espátula número 24 ou 36;
10. Inserção do cimento no conduto radicular com o auxílio de uma seringa Centrix;
11. Inserção do pino no conduto radicular;
12. Remoção dos excessos do cimento com pressão digital sobre o pino por 5 min;
13. Fotoativação por 40s por face;
14. Radiografia para visualização do sucesso do procedimento.

CONFECÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM RESINA COMPOSTA DIRETA



1. Condicionamento ácido com ácido fosfórico por 30s em esmalte e 15s em dentina;
2. Lavagem com jato de ar e água por 15s;
3. Secagem com algodão estéril ou papel absorvente;
4. Aplicação do sistema adesivo;
5. Aplicação de jato de ar por 3s;
6. Fotoativação do adesivo por 20s;
7. Confecção da restauração pela técnica incremental com incrementos de no máximo 2mm e fotoativação de 20s a cada incremento;
8. Remoção do isolamento;
9. Ajuste oclusal;
10. Acabamento e polimento;
11. Fotografia final;

Apêndice E. Ficha de identificação do paciente

Faculdade de Odontologia – UFPel

Ensaio Clínico Randomizado



1. Paciente: _____

2. Data Nascimento: ____/____/____

3. Sexo: _____

4. Endereço: _____

5. Telefones: _____ Celular: _____

Trabalho: _____ Parente próximo: _____

Aluno atendente: _____**Questionário de saúde:**

Sofre de alguma doença: () Sim () Não – Qual(is) _____

Está em tratamento médico atualmente? () Sim () Não. [1] [SEP]

Gravidez: Sim () Não () Usa anticoncepcional? () Sim () Não

Faz reposição hormonal? () Sim () Não

Fumante? Sim () Não ()

Está fazendo uso de alguma Medicação? () Sim () Não

Alergias?

Sofre de alguma das seguintes doenças?

Febre Reumática: Sim () Não (); Problemas Cardíacos: Sim () Não ()

Problemas Renais: Sim () Não (); Problemas Gástricos: Sim () Não ()

Problemas Respiratórios: Sim () Não (); Diabetes: Sim () Não ()

Problemas Alérgicos: Sim () Não () Hipertensão Arterial: Sim () Não ()

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim () Não ()

Hábitos: _____

Antecedentes Familiares: _____

HIGIENE BUCAL (utiliza):

() fio / fita dental () interdental () escova macia / média / dura

() unitufo / bitufo () palito () creme dental: _____

CARACTERÍSTICAS DOS DENTES A SEREM TRATADOS NO ESTUDO

Dentes tratados (número)		
N faces restantes		
N contatos proximais		
Contato com antagonista (Sim ou Não)		
Suporte periodontal (anotar a inserção óssea em mm / desvios da normalidade)		
Perda de inserção 6 sítios (mm)	MV V DV ML L DL	MV V DV ML L DL
Profundidade de sondagem 6 sítios (mm)	MV V DV ML L DL	MV V DV ML L DL
Presença de mobilidade (0 ou 1)		
Comprimento do remanescente radicular (mm)		
Sangramento à sondagem (sim ou não)		
Uso de pino (sim ou não)		
Tipo de pino (Fibra, NMF)		
Comprimento cimentado (mm)		
Comprimento coronário do pino (mm)		
Diâmetro do pino (0.5, 1)		

Apêndice F. Ficha de avaliação da longevidade do tratamento restaurador**Ficha de Avaliação de Acompanhamento**

Paciente: _____ Data: ____/____/____

Avaliador: _____ Dente: _____

Obs.: _____

Perda do dente: () Não () Sim Motivo: _____

Parâmetros Periodontais

1. Presença de mobilidade: () S () N Grau de mobilidade () I () II () III

2. IPV (Índice de Placa visível)

() 0 = ausência de PV

() 1 = presença de PV

() 9 = ignorado

3. ISG (Índice de Sangramento Gengival)

() 0 = ausência de SM

() 1 = presença de SM

() 9 = ignorado

1. Profundidade de sondagem (em mm):
M ____ D ____ V ____ P/L ____

2. Nível de inserção óssea (Rx) ____ mm

Avaliação das Restaurações

	1	2	3	4	5	N A
Propriedades Funcionais						
Fratura de Material e Retenção						
Adaptação marginal						
Ponto de contato proximal						

Forma e Contorno						
Oclusão e Desgaste						
Propriedades Biológicas						
Cárie na margem da restauração (CAR)						
Defeitos de tecido duro dentário na margem da restauração						
Hipersensibilidade pós-operatória/estado pulpar						
Propriedades Estéticas						
Brilho superficial e textura superficial						
Coloração marginal						
Estabilidade da cor/Translucidez						
Diversos						
Ponto de Vista do Paciente						
Avaliação da restauração dentária em radiografias						
Integridade Dental (Tricas/Fraturas)						
Resposta Periodontal						
Mucosa Adjacente						
Saúde Oral e Geral						

Avaliações Adicionais

1. Sensibilidade durante aplicação de jato de ar: () S () N
2. Dor? () Sim () Não
Se sim, especifique:
() dor à percussão
() dor com gelado
() dor com quente
() dor em função
() dor espontânea
3. Número de Contatos Oclusais (Verificar com papel articular): _____

() adequado () inadequado () ausência de contatos oclusais

Se inadequado, foi corrigido?

() sim, com ajuste oclusal () não Porquê? _____

3. Descreva o antagonista:

() Dente () MC () RC () RA

4. Mancha preta, coloração associada a alimentos (café, chá, tabaco e outros):

() sim () não Outros: _____

Avaliação radiográfica

() sem alterações

() presença de alteração periapical não presente no baseline

() presença de alteração periapical presente no baseline: () maior () menor

Desfechos

5. Descimentação da Coroa Protética:

() não

() sim – () Passível de recimentação () Impossibilidade de recimentação

OU

Fratura da restauração:

() não

() sim – () Passível de reparo () Impossibilidade de Reparo

2. Cárie Secundária:

() presente () ausente

6. Descimentação do Pino

() não () sim – tempo em meses _____

() Passível de recimentação () Impossibilidade de recimentação

7. Fratura do Núcleo

() não () sim

8. Fratura do Pino

() não () sim

9. Fratura Radicular

() não () sim

Índice de Desgaste Dentário

	SEXTANTE 1					SEXTANTE 2						SEXTANTE 3				
Vestibular																
Oclusal / Incisal																
Palatina																
Maxila	18	17	16	15	14	13	23	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mandíbula	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Lingual																
Oclusal/Incisal																
Vestibular																
	SEXTANTE 6					SEXTANTE 5						SEXTANTE 4				

Códigos Desgaste Dentário	
0	Sem perda das características da camada de esmalte
1	Perda das características da camada de esmalte
2	(V/L/O) Perda de esmalte com exposição dentinária em menos de um terço da superfície (I) Perda de esmalte expondo apenas dentina Defeito inferior a 1 mm de profundidade
3	(V/L/O) Perda de esmalte com exposição dentinária em mais de um terço da superfície (I) Perda de esmalte e perda substancial de dentina
4	(V/L/O) Perda de esmalte total – exposição pulpar– exposição de dentina secundária (I) Exposição pulpar ou exposição de dentina secundária
99	Não realizado

Desfechos Adversos

Descrição do Evento adverso	
Data do início	
Medidas adotadas	
Data da resolução	
Resultado	
Gravidade	
Seriedade	
Relacionamento com o estudo	
Ações tomadas	

Avaliação de risco de cárie

FATORES DE PROTEÇÃO CONTRA CÁRIE	RISCO	CASO DO PACIENTE
Pasta de dente com flúor: escovação duas vezes ao dia com pasta de dente fluoretada (pelo menos 1.000 ppm)	☐	
Atendimento odontológico: atendimento odontológico regular de orientação preventiva, incluindo, por exemplo, aplicação de flúor tópico	☐	
Flúor sistêmico: uso de água potável fluoretada ou outros veículos comunitários de flúor (quando disponível)	☐	
FATORES DE RISCO DE CÁRIE	RISCO	CASO DO PACIENTE
FATORES DE RISCO SOCIAIS/MÉDICOS/COMPORTAMENTAIS		
Hipossalivação, seja por medicamento, doença, radiação na cabeça/pescoço ou/e induzida pela idade	☐	
Elevada ingestão (quantidade/frequência) de açúcares livres em bebidas (incluindo sucos/batidos de frutas), lanches e refeições	☐	
Baixa condição socioeconômica ($\leq 1/2$ salário-mínimo por pessoa (R\$ 706)), baixa escolaridade (<8 anos de escolaridade/ensino fundamental incompleto), barreira de acesso à saúde	☐	
Incapacidade de cumprir, baixa motivação e envolvimento	☐	
Necessidade de cuidados especiais em saúde/ portador de necessidades especiais	☐	
Busca atendimento odontológico em casos de sintomatologia	☐	
FATORES DE RISCO CLÍNICOS		
Experiência recente de cárie e presença de lesão(ões) de cárie	☐	
Dentes com acometimento pulpar, ulceração por fragmentos radiculares, fístula e abscesso (PUF)	☐	
Baixo fluxo salivar	☐	
Má higiene oral com acúmulo de placa	☐	
Áreas de acúmulo de placa (alta retenção de biofilme)	☐	
FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS PARA IDOSOS		
Superfícies radiculares expostas (dentina)	☐	
Capacidade reduzida de fornecer higiene oral	☐	
Nível de Risco =		

Anexos

Anexo A. SPIRIT 2013 Checklist: Recommended items to address in a clinical trial protocol and related documents*

Section/item	Item N°	Description	Page
Administrative information			
Title	1	Descriptive title identifying the study design, population, interventions, and, if applicable, trial acronym	37
Trial registration	2 ^a	Trial identifier and registry name. If not yet registered, name of intended registry	38
	2b	All items from the World Health Organization Trial Registration Data Set	38
Protocol version	3	Date and version identifier	38
Funding	4	Sources and types of financial, material, and other support	48
Roles and responsibilities	5 ^a	Names, affiliations, and roles of protocol contributors	_____
	5b	Name and contact information for the trial sponsor	_____
	5c	Role of study sponsor and funders, if any, in study design; collection, management, analysis, and interpretation of data; writing of the report; and the decision to submit the report for publication, including whether they will have ultimate authority over any of these activities	48
	5d	Composition, roles, and responsibilities of the coordinating centre, steering committee, endpoint adjudication committee, data management team, and other individuals or groups overseeing the trial, if applicable (see Item 21a for data monitoring committee)	40
Introduction			
Background and rationale	6 ^a	Description of research question and justification for undertaking the trial, including summary of relevant studies (published and unpublished) examining benefits and harms for each intervention	36-37
	6b	Explanation for choice of comparators	37-38
Objectives	7	Specific objectives or hypotheses	37-38

Trial design	8	Description of trial design including type of trial (eg, parallel group, crossover, factorial, single group), allocation ratio, and framework (eg, superiority, equivalence, noninferiority, exploratory)	38
--------------	---	---	----

Methods: Participants, interventions, and outcomes

Study setting	9	Description of study settings (eg, community clinic, academic hospital) and list of countries where data will be collected. Reference to where list of study sites can be obtained	38
Eligibility criteria	10	Inclusion and exclusion criteria for participants. If applicable, eligibility criteria for study centres and individuals who will perform the interventions (eg, surgeons, psychotherapists)	38-39
Interventions	11 ^a	Interventions for each group with sufficient detail to allow replication, including how and when they will be administered	39-40
	11b	Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions for a given trial participant (eg, drug dose change in response to harms, participant request, or improving/worsening disease)	41
	11c	Strategies to improve adherence to intervention protocols, and any procedures for monitoring adherence (eg, drug tablet return, laboratory tests)	38-41
	11d	Relevant concomitant care and interventions that are permitted or prohibited during the trial	40-44
Outcomes	12	Primary, secondary, and other outcomes, including the specific measurement variable (eg, systolic blood pressure), analysis metric (eg, change from baseline, final value, time to event), method of aggregation (eg, median, proportion), and time point for each outcome. Explanation of the clinical relevance of chosen efficacy and harm outcomes is strongly recommended	38
Participant timeline	13	Time schedule of enrolment, interventions (including any run-ins and washouts), assessments, and visits for participants. A schematic diagram is highly recommended (see Figure)	47-48
Sample size	14	Estimated number of participants needed to achieve study objectives and how it was determined, including clinical and statistical assumptions supporting any sample size calculations	38

Recruitment	15	Strategies for achieving adequate participant enrolment to reach target sample size	39
-------------	----	---	----

Methods: Assignment of interventions (for controlled trials)

Allocation:

Sequence generation	16 ^a	Method of generating the allocation sequence (eg, computer-generated random numbers), and list of any factors for stratification. To reduce predictability of a random sequence, details of any planned restriction (eg, blocking) should be provided in a separate document that is unavailable to those who enrol participants or assign interventions	40
Allocation concealment mechanism	16b	Mechanism of implementing the allocation sequence (eg, central telephone; sequentially numbered, opaque, sealed envelopes), describing any steps to conceal the sequence until interventions are assigned	40
Implementation	16c	Who will generate the allocation sequence, who will enrol participants, and who will assign participants to interventions	40
Blinding (masking)	17 ^a	Who will be blinded after assignment to interventions (eg, trial participants, care providers, outcome assessors, data analysts), and how	40
	17b	If blinded, circumstances under which unblinding is permissible, and procedure for revealing a participant's allocated intervention during the trial	40

Methods: Data collection, management, and analysis

Data collection methods	18 ^a	Plans for assessment and collection of outcome, baseline, and other trial data, including any related processes to promote data quality (eg, duplicate measurements, training of assessors) and a description of study instruments (eg, questionnaires, laboratory tests) along with their reliability and validity, if known. Reference to where data collection forms can be found, if not in the protocol	43-46
	18b	Plans to promote participant retention and complete follow-up, including list of any outcome data to be collected for participants who discontinue or deviate from intervention protocols	46

Data management	19	Plans for data entry, coding, security, and storage, including any related processes to promote data quality (eg, double data entry; range checks for data values). Reference to where details of data management procedures can be found, if not in the protocol	46
Statistical methods	20 ^a	Statistical methods for analysing primary and secondary outcomes. Reference to where other details of the statistical analysis plan can be found, if not in the protocol	48-49
	20b	Methods for any additional analyses (eg, subgroup and adjusted analyses)	_____
	20c	Definition of analysis population relating to protocol non-adherence (eg, as authorized analysis), and any statistical methods to handle missing data (eg, multiple imputation)	_____
Methods: Monitoring			
Data monitoring	21 ^a	Composition of data monitoring committee (DMC); summary of its role and reporting structure; statement of whether it is independent from the sponsor and competing interests; and reference to where further details about its charter can be found, if not in the protocol. Alternatively, an explanation of why a DMC is not needed	40
	21b	Description of any interim analyses and stopping guidelines, including who will have access to these interim results and make the final decision to terminate the trial	_____
Harms	22	Plans for collecting, assessing, reporting, and managing solicited and spontaneously reported adverse events and other unintended effects of trial interventions or trial conduct	46
Auditing	23	Frequency and procedures for auditing trial conduct, if any, and whether the process will be independent from investigators and the sponsor	48
Ethics and dissemination			
Research ethics approval	24	Plans for seeking research ethics committee/institutional review board (REC/IRB) approval	37

Protocol amendments	25	Plans for communicating important protocol modifications (eg, changes to eligibility criteria, outcomes, analyses) to relevant parties (eg, investigators, REC/IRBs, trial participants, trial registries, journals, regulators)	_____
Consent or assent	26 ^a	Who will obtain informed consent or assent from potential trial participants or authorized surrogates, and how (see Item 32)	37
	26b	Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens in ancillary studies, if applicable	_____
Confidentiality	27	How personal information about potential and enrolled participants will be collected, shared, and maintained in order to protect confidentiality before, during, and after the trial	47-48
Declaration of interests	28	Financial and other competing interests for principal investigators for the overall trial and each study site	49
Access to data	29	Statement of who will have access to the final trial dataset, and disclosure of contractual agreements that limit such access for investigators	46
Ancillary and post-trial care	30	Provisions, if any, for ancillary and post-trial care, and for compensation to those who suffer harm from trial participation	46
Dissemination policy	31 ^a	Plans for investigators and sponsor to communicate trial results to participants, healthcare professionals, the public, and other relevant groups (eg, via publication, reporting in results databases, or other data sharing arrangements), including any publication restrictions	37
	31b	Authorship eligibility guidelines and any intended use of professional writers	_____
	31c	Plans, if any, for granting public access to the full protocol, participant-level dataset, and statistical code	_____
Appendices			
Informed Authoriz materials	32	Model consent form and other related documentation given to participants and Authorized surrogates	_____

Biological specimens	33	Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in the current trial and for future use in ancillary studies, if applicable	_____
----------------------	----	--	-------

*It is strongly recommended that this checklist be read in conjunction with the SPIRIT 2013 Explanation & Elaboration for important clarification on the items. Amendments to the protocol should be tracked and dated. The SPIRIT checklist is copyrighted by the SPIRIT Group under the Creative Commons "[Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#)" license.

Anexo B. Questionário de avaliação de qualidade de vida

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)**

Agora serão feitas algumas perguntas sobre como a saúde da sua boca e os dentes afetam o seu dia a dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca (0), raramente (1), às vezes (2), constantemente (3) ou sempre (4), em relação ao último mês de internação. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois, nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

Perguntas	Respostas				
	1	2	3	4	5
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5. Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de sua boca ou dentes?					
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em sua boca ou dentes?					
12. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de sua boca ou dentes?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					