



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Odontologia

Thais Aguiar Gomes

**Percepção, conhecimento e experiência de cirurgiões-dentistas da
Estratégia Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao
manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo**

Rio de Janeiro
2022

Thais Aguiar Gomes

Percepção, conhecimento e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização

Molar Incisivo

Dissertação de Mestrado, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Prof^ª Dra. Vera Lúgia Vieira Mendes Soviero

Rio de Janeiro
2022

Thais Aguiar Gomes

Percepção, conhecimento e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo

Dissertação de Mestrado, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Odontopediatria

Aprovada em 25 de fevereiro de 2022

Orientador(a):

Profª Dra. Vera Lúcia Vieira Mendes Soviero
Faculdade de Odontologia – UERJ

Banca Examinadora:

Profª Dra. Adílís Kalina Alexandria de França
Faculdade de Odontologia – UERJ

Profª Dra. Michele Machado Lenzi da Silva
Faculdade de Odontologia - UERJ

Profª Dra. Kátia Mendes Souza
Centro Universitário Arthur de Sá Earp Neto

Rio de Janeiro
2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres da minha família impedidas de estudar. Que eu possa ser tão motivo de orgulho, como vocês são para mim.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, eu quero agradecer a Deus e todos os seres de luz que não me abandonaram em nem um segundo durante essa caminhada. Cada passo dado e conhecimento adquirido me transformaram como pessoa e como profissional. Foi a maior jornada de autoconhecimento da minha vida e aprendi, ao fim de tudo, que sou uma mulher merecedora dessa conquista.

Além disso, gostaria de agradecer a minha família, meu pai Alaelson, minha mãe Josy e minha irmã Camilla por serem a minha base durante esses dois anos. Pela primeira vez na minha vida, convivemos durante 7 dias por semana devido a pandemia e hoje eu tenho certeza de como o nosso amor é incrível. Obrigada mais uma vez.

Segue mais um agradecimento ao meu noivo Lucas. Sou tão feliz por ter você na minha vida há quase 11 anos, meu amor. Cada dia que passa, nós conquistamos mais um passo para nosso futuro e gostaria que soubesse que eu vivo de orgulho pela pessoa que você se tornou. Espero que eu, mesmo depois de todos esses anos, continue te transbordando como você me ainda me transborda de alegria. Obrigada por estar comigo em todos os momentos. Te amo muito.

Agradeço demais por todas às vezes que meus amigos me ofereceram um ombro amigo, uma palavra de carinho, um motivo de risada e momentos para me encher de orgulho, em especial a Júlia Cotrim, Julia Valente, Maria e a Kelly. Vocês são diamantes na minha vida, verdadeiras irmãs. Sou muito grata pela nossa amizade. Amo vocês demais.

Dentre todos aqueles que gostaria de agradecer por terem me ajudado a atingir meu sonho de ser odontopediatra, gostaria de agradecer primeiramente a Prof^a Dr^a Vera Soviero e o programa PPGOD/UERJ por ter dado um voto de confiança em mim e no nosso projeto, quando eu mais precisava. Todo seu ensinamento me fez crescer como nunca antes me aconteceu. Gostaria de dizer que te admiro demais como pessoa e profissional e que você é uma das grandes mulheres que já encontrei na vida. Mais uma vez, obrigada por tudo.

Além disso, gostaria de agradecer por todo o carinho das grandes amigas que fiz dentro do PPGOD/UERJ, Daniela Rezende, Daniella Malhães, Fabíola Galdino, Tatiane Santos e, em especial, Thamires Teixeira, minha querida dupla de especialização e mestrado. Meninas, vocês me inspiram demais com a história de cada uma e espero que a nossa convivência tenha sido tão feliz como eu me senti. Desejo muito sucesso e sonhos realizados na trajetória de vocês.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os profissionais anônimos que permitiram que esse trabalho se concretizasse, em especial os dentistas da Estratégia Saúde da Família que foram muito solícitos e nos ajudaram em todas as etapas desse estudo. Desejo do fundo do meu coração que esse estudo se configure em mudanças na realidade de atendimento da ESF e, conseqüentemente, promoção de saúde e satisfação dos usuários assistidos. Sobretudo, viva o SUS.

O otimista é um tolo. O pessimista, um chato. Bom mesmo é ser realista esperançoso.

Ariano Suassuna

RESUMO

GOMES, T. A. *Percepção, conhecimento e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo*, 2022. 84 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A Hipomineralização Molar Incisivo (HMI) é um defeito qualitativo do esmalte dentário que afeta primeiros molares permanentes, frequentemente, associados a incisivos permanentes afetados. O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção e a experiência dos dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do estado do Rio de Janeiro em relação à HMI. O estudo teve caráter transversal observacional e foi realizado por meio da aplicação de um questionário autoadministrado, através da plataforma Google Formulários (Google LLC, Mountain View, CA, USA) para os dentistas da ESF dos municípios do interior do estado do Rio de Janeiro. Foram excluídos dentistas com menos de 1 ano em sua unidade. O questionário foi elaborado com questões sobre “Dados sociodemográficos” (1); “Experiência clínica com HMI” (2); “Educação permanente na ESF” (3) e foi atribuído escore ao instrumento final para definição da "Escala de percepção da HMI como um problema clínico", totalizando 36 pontos. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CAAE: 48541921.4.0000.5259). A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022 e os dados obtidos foram tabulados no programa SPSS versão 25 (IBM Institute Inc. Armonk, NY, EUA). Testou-se associações entre o escore médio do questionário com as variáveis independentes, através do teste T de Student (variável independente dicotômica) ou ANOVA (variável independente ordinal de três ou mais categorias), pressupondo uma distribuição normal dos dados. A partir da análise bivariada, foram selecionadas as variáveis independentes para a análise de regressão de Poisson com variância robusta. Foi obtido 370 respostas dos dentistas, após 2 lembretes, e foram incluídas 304 respostas dos dentistas. 95,8% dos dentistas já se depararam com casos de HMI mas 58,6% relataram que nunca tiveram acesso a materiais didáticos sobre HMI. No ambiente da ESF, o tratamento mais prevalente foi o CIV espatulável para o caso 1 (65,1%) e o caso 2 (48,4%); e o flúor tópico para o caso 3 (54,6%). Já na livre-escolha, os tratamentos mais prevalentes foram restaurações indiretas para o caso 1 (38,9%) e as restaurações em resina para o caso 2 (37,2%); para o tratamento do caso 3, foi o flúor tópico (47,4%). 91,1% relataram nunca ter empregado a *Hall Technique*, porém, 52% indicariam para HMI severa. A média do valor de percepção dos respondentes foi de 22,74 (DP=5,117), valor considerado significativo para a percepção da HMI como um problema clínico. A análise multivariada, em termos de razão de prevalência e 95% de intervalo de confiança, foram indivíduos na categoria “Pós-graduação em Odontopediatria” (RP: 1,226; IC 95%: 1,12 – 1,33; p<0,001) e dentistas atuantes da "Região Serrana" (RP: 1,087; IC 95%: 1,001 – 1,179, p<0,001). A análise das respostas do questionário permitiu constatar que a maior parte dos dentistas se depara com a HMI com relativa frequência, observa implicações clínicas relevantes e percebem a HMI como um desafio clínico no ambiente da ESF.

Palavras-chaves: Hipomineralização Molar Incisivo. Sistema Único de Saúde. Estratégia de Saúde da Família

ABSTRACT

GOMES, T. A. *Perception, knowledge and experience of dentists from the Family Health Strategy on Rio de Janeiro's state in relation to the clinical management of Molar Incisor Hypomineralization*, 2022. 84 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Molar Incisor Hypomineralization (MIH) is a qualitative defect of dental enamel that affects first permanent molars, often associated with permanent incisors also affected. The objective of this study is to evaluate the perception and experience of dentists from the Family Health Strategy (ESF) of the state of Rio de Janeiro in relation to MIH. The study has an observational cross-sectional character and was carried out through the application of a self-administered questionnaire, through the Google Forms platform (Google LLC, Mountain View, CA, USA). ESF dentists from municipalities in the interior of the state of Rio de Janeiro were eligible for the study. The questionnaire was designed with questions about sociodemographic data (1); Clinical experience with MIH (2); Permanent education in the ESF (3). A score was assigned to the final instrument to define the "Perception of MIH as a clinical problem's scale", totaling 36 points. This study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital Universitário Pedro Ernesto (CAAE: 48541921.4.0000.5259). The data obtained were tabulated in SPSS version 25 (IBM Institute Inc. Armonk, NY, USA). Associations between the mean score of the questionnaire and the independent variables were tested using Student's T test (dichotomous independent variable) or ANOVA (ordinal independent variable of three or more categories), assuming a normal distribution of the data. From the bivariate analysis, the independent variables were selected for the Poisson regression analysis with robust variance. 370 responses from dentists were obtained after 2 reminders, and 304 responses from dentists were included. 95,8% of dentists have already encountered cases of MIH but 58,6% reported that they never had access to MIH teaching materials. In the ESF environment, the most prevalent treatment was spatulating glass-ionomer cement, for case 1 (65,1%) and case 2 (48,4%); and topical fluoride for case 3 (54,6%). In free choice, the most prevalent treatments were indirect restorations for case 1 (38,9%) and composite restorations for case 2 (37,2%); and for the treatment of case 3 it was topical fluoride (47,4%). 91,1% reported never used the Hall Technique, however, 52% would indicate it to severe MIH. The average perception value of the respondent dentists was 22,74 (SD=5,117), a value considered significant for the perception of HMI as a clinical problem. The multivariate analysis, in terms of prevalence ratio and 95% confidence interval, were individuals in the category "Postgraduate in Pediatric Dentistry" (PR: 1,226; 95% CI: 1,12 – 1,33; $p < 0,001$) and dentists working in the "Serrana Region" (PR: 1,087; 95% CI: 1,001 – 1,179, $p < 0,001$). The analysis of the questionnaire responses showed that most dentists encounter HMI relatively frequently, observe relevant clinical implications and perceive HMI as a clinical challenge in the ESF environment.

Keywords: Molar Incisor Hypomineralization. Health Unic System. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Características clínicas da Hipomineralização Molar Incisivo.....	16
Figura 2 -	Mapa das regiões político-administrativas de saúde do estado do Rio de Janeiro.....	25
Gráfico -	Distribuição da pontuação da escala de percepção da HMI como um problema clínico pelos dentistas da ESF respondentes.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo, conforme a clareza e a pertinência das questões pelos juízes avaliadores	29
Tabela 2 –	Taxa de resposta obtida (número absoluto e percentual) e de exclusão por município e por dentista de cada região de saúde do estado do Rio de Janeiro	34
Tabela 3 –	Caracterização da amostra segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro	35
Tabela 4 –	Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao atendimento clínico de pacientes com HMI na ESF do questionário	39
Tabela 5 –	Distribuição das decisões de tratamento considerando as opções disponíveis na ESF e a livre escolha do dentista para manejo clínico da HMI	41
Tabela 6 –	Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao impacto na qualidade de vida de pacientes com HMI do questionário	42
Tabela 7 –	Análise bivariada da associação entre o escore médio da percepção de HMI como um problema com as variáveis independentes	45
Tabela 8 –	Análise multivariada entre o escore médio da percepção de HMI como um problema e as variáveis independentes	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de saúde bucal
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CPP-ACP	Fosfopeptídeo de Caseína - Cálcio Amorfo Fosfato
CVC	Coefficiente de Validade de Conteúdo
DDE	Defeito de desenvolvimento de esmalte
EAPD	European Academy of Paediatric Dentistry
EPS	Educação Permanente em saúde
ESF	Estratégia de Saúde de Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
HMI	Hipomineralização Molar Incisivo
HODT	Hipomineralização de Outros Dentes Permanentes
HSMD	Hipomineralização de Segundos Molares Decíduos
OMI	Odontologia Minimamente Invasiva
RAS	Redes de Atenção à Saúde
TSB	Técnico em saúde bucal

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
1.1	Hipomineralização Molar Incisivo.....	15
1.1.1	Definição.....	15
1.1.2	Características clínicas.....	16
1.1.3	Características.....	17
1.1.4	Implicações clínicas e tratamento da HMI.....	18
1.2	Cuidados em saúde oral no Sistema Único de Saúde.....	21
2	PROPOSIÇÃO.....	23
2.1	Objetivo primário.....	23
2.2	Objetivo secundário.....	23
3	METODOLOGIA.....	23
3.1	Tipo de estudo	23
3.2	Local de estudo.....	24
3.3	População de estudo.....	25
3.3.1	Critérios de inclusão.....	25
3.3.2	Critérios de exclusão.....	26
3.4	Construção e avaliação do questionário.....	26
3.4.1	Desenvolvimento do construto do instrumento.....	26
3.4.2	Evidências de validade de conteúdo do questionário.....	27
3.4.3	Confiabilidade do instrumento.....	30
3.4.4	Atribuição de pontos para escala.....	30
3.5	Metodologia de aplicação do questionário.....	31
3.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	31
3.7	Análise de dados.....	32
4	Resultados.....	34
5	Discussão.....	47
	CONCLUSÃO.....	52

REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	61
APÊNDICE B - Sistema de atribuição dos escores às respostas do questionário.....	73
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
ANEXO A - Comprovante de submissão do projeto.....	78
ANEXO B - Carta de anuência.....	84

INTRODUÇÃO

A Hipomineralização Molar Incisivo (HMI) é um defeito qualitativo do esmalte dentário de origem multifatorial e com poucas certezas quanto a sua etiologia. A partir de 2001, quando a nomenclatura HMI foi proposta (WEERHEIJM; JÄLEVIK; ALALUUSUA, 2001) inúmeros trabalhos sobre essa condição trouxeram evidências da presença deste defeito em todos os continentes, com estimativa de prevalência global igual a 14,2% e estimativa no Brasil de 13,5% (SILVA et al., 2020, ZHAO et al., 2018).

O diagnóstico da HMI é feito clinicamente, através da detecção de opacidades demarcadas nos primeiros molares permanentes e, frequentemente, também nos incisivos permanentes. A HMI, semelhante aos outros defeitos de desenvolvimento de esmalte (DDE), pode impactar negativamente a qualidade de vida do paciente e de sua família, já que a condição, dependendo da sua gravidade, pode interferir na estética e função dos dentes. Pacientes com HMI apresentam maior necessidade de intervenções odontológicas e maior risco de desenvolver cárie. A HMI representa um desafio na prática odontológica de assistência à população infantil, pois as necessidades individuais de cada paciente afetado variam amplamente.

Nos municípios brasileiros, nas áreas onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está implementada, o atendimento odontopediátrico no serviço público de saúde é direcionado para os cirurgiões-dentistas da ESF. Até o presente, desconhecemos a existência de estudos que tenham avaliado a percepção e a experiência destes cirurgiões-dentistas em relação à HMI. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção e a experiência de cirurgiões-dentistas das equipes de ESF do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da HMI.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Hipomineralização Molar Incisivo

1.1.1 Definição

A ‘Hipomineralização Molar Incisivo’ (HMI) é um defeito qualitativo de esmalte de origem sistêmica em primeiros molares permanentes, podendo afetar também os incisivos permanentes. Esse defeito de esmalte foi descrito com essa nomenclatura pela primeira vez por Weerheijm et al. (2001) a fim de unificar descrições clínicas já publicadas anteriormente, tais como ‘Primeiros molares permanentes hipomineralizados’, ‘Hipomineralização idiopática do esmalte nos primeiros molares permanentes’, ‘Hipomineralização sem flúor nos primeiros molares permanentes’ e ‘Molares em queijo’ (WEERHEIJM; JÄLEVIK; ALALUUSUA, 2001). Contudo, alguns estudos detectaram lesões hipomineralizadas em outros dentes, tais como caninos, pré-molares, segundos molares e segundos molares decíduos (ELFRINK et al., 2012; GAROT et al., 2018; KEVREKIDOU et al., 2020; REYES et al., 2019; SCHMALFUSS et al., 2016; VLACHOU; ARHAKIS; KOTSANOS, 2020).

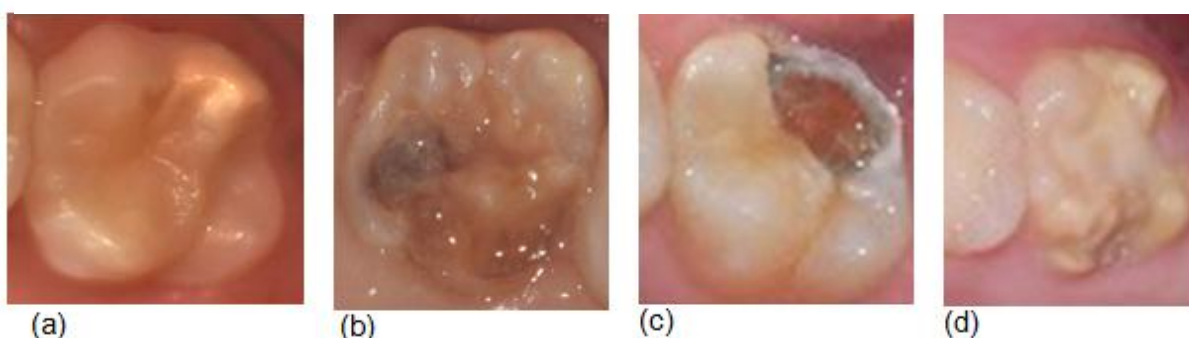
Os autores Kevrekidou, *et al.* (2021) determinaram a nomenclatura ‘Hipomineralização de Outros Dentes Permanentes’ (HODT) (KEVREKIDOU et al., 2020) para esses achados clínicos. Contudo, ainda são necessários mais estudos para esclarecer se os fatores etiológicos de HODT são, de certa forma, semelhantes aos da HMI. Segundo Garot, *et al.* (2018), crianças afetadas por Hipomineralização de Segundos Molares Decíduos (HSMD) são até cinco vezes mais propensas a desenvolver HMI. Estudos subsequentes verificaram semelhanças estruturais e de composição química entre o esmalte hipomineralizado do dente com HSMD e do dente com HMI (ALIFAKIOTI et al., 2020; VLACHOU; ARHAKIS; KOTSANOS, 2020), portanto indicando que a HSMD pode ser considerada como fator preditor para HMI.

1.1.2 Características clínicas

Os dentes são afetados de modo assimétrico em cada paciente e há casos nos quais o grau de porosidade do esmalte hipomineralizado pode levar a fraturas pós-eruptivas que promovem exposição de dentina subjacente, facilitando o depósito de biofilme dentário e a rápida progressão de lesões de cárie (AMERICANO et al., 2017; COSTA et al., 2017; KÜHNISCH et al., 2018; LEPPÄNIEMI; LUKINMAA; ALALUUSUA, 2001; NEGRE-BARBER et al., 2018; VARGAS-FERREIRA et al., 2015; WEERHEIJM; JÄLEVIK; ALALUUSUA, 2001; WUOLLET et al., 2018).

O primeiro critério de diagnóstico descrito para essa alteração foi desenvolvido pela *European Academy of Pediatrics Dentistry* (EAPD)¹, em 2003, estabelecendo o diagnóstico diferencial entre a HMI e outros defeitos de desenvolvimento de esmalte. De acordo com o critério da EAPD, o diagnóstico da HMI depende da presença de, pelo menos, um primeiro molar permanente afetado (WEERHEIJM et al., 2003). Os dentes afetados apresentam opacidades demarcadas cuja coloração varia do branco-creme ao amarelo-amarronzado, frequentemente, associadas a perdas de estrutura do esmalte hipomineralizado, lesões de cárie atípicas, restaurações atípicas e, em alguns casos, extrações devido à HMI (LYGIDAKIS et al., 2010; WEERHEIJM et al., 2003). As características clínicas da HMI citadas podem ser visualizadas na Figura 1.

Figura 1 - Características clínicas da Hipomineralização Molar Incisivo



Legenda: (a) Apenas opacidades demarcadas; (b) Opacidades demarcadas associadas fratura do esmalte e lesão cariosa; (c) Opacidades demarcadas associadas fratura do esmalte e lesão cariosa; (d) Opacidades demarcadas associadas a restauração atípica.

Fonte: Imagens do acervo do Projeto HMI-UERJ

As opacidades mais escuras, amarelo-amarronzadas, são mais predispostas à ocorrência da fratura devido a porosidade aumentada em relação ao esmalte normal e opacidades mais claras (FARAH et al., 2010; JÄLEVIK; NORÉN, 2000; JALEVIK; DIETZ; NOREN, 2005; NEVES et al., 2018). Apesar do critério da EAPD ser bem estabelecido, seu uso em pesquisas epidemiológicas é marcado por inconsistências nas medições de resultados. Portanto, surgiram novos critérios de diagnóstico da HMI como de Ghanim et al.(2017), proposto para classificar separadamente lesões de HMI e outros defeitos de esmalte demarcados, semelhantes a HMI; e de Cabral et al. (2020), proposto de modo a avaliar a gravidade dos defeitos de modo mais específico.

1.1.3 Características microscópicas

Microscopicamente, as áreas afetadas apresentam uma organização mais frouxa dos cristais de hidroxiapatita. A estrutura básica do esmalte continua preservada, o que indica função normal dos ameloblastos durante a fase de secreção, mas prejuízos durante o estágio de maturação. Estudos mais recentes têm apontado a participação de fatores genéticos na predisposição à ocorrência da HMI (BOZAL et al., 2015; BUSSANELI et al., 2019; JÄLEVIK; NORÉN, 2000; JEREMIAS et al., 2016; LYGIDAKIS et al., 2010; VIEIRA; KUP, 2016). Fatores pré-natais e perinatais, como doenças e uso de medicamentos na gravidez, prematuridade e complicações no parto, são associados limitadamente à HMI. Febre alta e asma, dentre as doenças da primeira infância, foram implicadas como fatores etiológicos em vários estudos (ALALUUSUA, 2010; BEENTJES; WEERHEIJM; GROEN, 2002; CROMBIE; MANTON; KILPATRICK, 2009; FATTURI et al., 2019; FLEXEDER; HASSAN; SCHULZ, 2019; SILVA et al., 2016).

1.1.4 Implicações clínicas

Dentes hipomineralizados representam um desafio para os pacientes e para os dentistas. A composição mineral alterada, representada pelo menor conteúdo de Ca e P e maior concentração de carbono/carbonato, reduz as propriedades mecânicas, como dureza e módulo de elasticidade, tornando o esmalte mais frágil e sujeito a fraturas (ELHENNAWY et al., 2017a; JÄLEVIK; NORÉN, 2000; JÄLEVIK et al., 2001; JALEVIK; DIETZ; NOREN, 2005).

Antes da própria descrição da HMI na literatura, já existiam estudos de associação significativa entre lesões cariosas e DDE; a HMI também foi associada significativamente a uma maior prevalência e maiores índices de cárie dentária. Pacientes afetados pela HMI, portanto, têm maiores chances de serem submetidos a procedimentos odontológicos restauradores mais extensos (AMERICANO et al., 2017; COSTA et al., 2017; DA CUNHA COELHO et al., 2019; ELLWOOD; MULLANE, 1996; JEREMIAS et al., 2013; VARGAS-FERREIRA et al., 2015;).

Além disso, os dentes acometidos podem apresentar alterações inflamatórias, mesmo na ausência de fraturas pós-eruptivas ou lesões cariosas, e a invasão de bactérias pelo esmalte hipomineralizado já foi identificada por estudos in vitro (RODD et al., 2007; RODD; BOISSONADE; DAY, 2007). Pacientes acometidos pela HMI costumam relatar sensibilidade a estímulos frios e mecânicos e sua causa pode estar associada a essas alterações na polpa. A hipersensibilidade associada a HMI tende a dificultar a realização de boa higienização bucal (GHANIM et al., 2012; LYGIDAKIS et al., 2010; RAPOSO et al., 2019; RODD; BOISSONADE; DAY, 2007). Além disso, há relatos de dificuldade de obtenção de boa analgesia por meio da anestesia local, o que dificulta a realização de procedimentos odontológicos (GUSTAFSSON et al., 2010; JÄLEVIK; KLINGBERG, 2002; KLINGBERG; BROBERG, 2007; KOSMA et al., 2016; ÖZÜKOÇ, 2019; RAMOS-JORGE et al., 2006).

Há um indicativo de que as dificuldades com o manejo comportamental durante o tratamento dos dentes com HMI não advém somente do medo ou ansiedade do atendimento odontológico, mas também de problemas com a hipersensibilidade e com a dificuldade de obtenção da analgesia adequada (JÄLEVIK; KLINGBERG, 2002; JÄLEVIK; SABEL; ROBERTSON, 2021; RODD; BOISSONADE; DAY, 2007). Além do mais, é importante

citar a interferência estética que a HMI causa em certos pacientes, ocasionando dificuldades em suas interações sociais (SCHEFFEL et al., 2014). É de grande importância a identificação das implicações clínicas para os pacientes com HMI, de modo a definir o melhor plano de tratamento já que essa condição impacta negativamente na qualidade de vida dos pacientes e de sua família (DANTAS-NETA et al., 2016; HASMUN et al., 2020).

O manejo da HMI é desafiador pois as necessidades individuais de cada paciente afetado variam amplamente. Segundo Lygidakis, *et al.* (2010), a abordagem para cada caso de HMI está diretamente ligada ao grau de severidade e ao tempo de formação do dente afetado. A proposta clínica dos autores é construída segundo a importância do tratamento preventivo na fase pós-eruptiva inicial. Molares afetados com potencial para fraturas pós-eruptiva ou hipersensibilidade precisam de algum tipo de cobertura precoce para reduzir a sensibilidade, prevenir o desenvolvimento de cárie dentária adjuvante e minimizar o risco de fraturas. Após a maturação do dente, caso se decida intervir, é muito mais provável que o paciente necessite de procedimentos invasivos, através do tratamento restaurador e do tratamento reabilitador. (LYGIDAKIS et al., 2010). Os estudos sobre sucesso das intervenções em dentes hipomineralizados apresentam uma grande variedade de medidas de resultados, incluindo longevidade e taxa de falha anual de restaurações, impacto na qualidade de vida, estética, função, eventos adversos e satisfação do paciente, pais e dentistas (SOMANI et al., 2021).

O tratamento preventivo para pacientes com HMI caracteriza-se pelos cuidados de prevenção de cárie e de fraturas pós-eruptivas. Dentre as estratégias, estão métodos caseiros e profissionais de aplicação do flúor e uso de selantes, além de agentes para o controle de hipersensibilidade dentária. (FÜTTERER et al., 2019; KRISHNAN; RAMESH, 2014; LYGIDAKIS et al., 2010; MATHU-MUJU; WRIGHT, 2006). A aplicação de verniz fluoretado, selantes de fósulas e fissuras e de pasta de Fosfopeptídeo de Caseína - Cálcio Amorfo Fosfato (CPP-ACP) estão entre os agentes mais mencionados como escolha de tratamento preventivo por dentistas (GAMBOA et al., 2018; KOPPERUD; PEDERSEN; ESPELID, 2016; WALL; LEITH, 2020).

Embora ainda não exista clara evidência sobre o melhor tratamento para a hipersensibilidade (BEKES et al., 2021; DA CUNHA COELHO et al., 2019; DIAGO et al., 2021; FÜTTERER et al., 2019; SOMANI et al., 2021; YANG et al., 2016), uma diminuição significativa na hipersensibilidade foi observada com o uso diário de dentifrício fluoretado contendo 8% de arginina e carbonato de cálcio (BEKES et al., 2021). A hipersensibilidade

também reduziu significativamente após a infiltração do esmalte com Icon (DMG, Alemanha), provavelmente como efeito da obliteração das porosidades do esmalte com a resina de baixa viscosidade (DIAGO et al., 2021).

A opção de tratamento restaurador começa pela identificação do grau de severidade do dente afetado e inclui procedimentos restauradores diretos e indiretos (KRISHNAN; RAMESH, 2014; LYGIDAKIS et al., 2010; MATHU-MUJU; WRIGHT, 2006). Restaurações indiretas, coroas de aço pré-contornadas e restaurações de resina composta diretas têm mostrado as taxas mais altas de sucesso (ELHENNAWY; SCHWENDICKE, 2016; SOMANI et al., 2021). Já para os incisivos afetados, costuma-se procedimentos como microabrasão e as facetas de resina composta melhoraram a estética, porém ainda carecem de estudos clínicos para ter evidências sobre o melhor tratamento (ELHENNAWY; SCHWENDICKE, 2016).

Devido às características do esmalte hipomineralizado, os estudos apontam que a adesão de materiais restauradores é afetada, ocasionando falhas recorrentes nas restaurações. Além disso, o procedimento restaurador costuma ser dificultado devido aos dentes usualmente estarem parcialmente erupcionados, dificultando o controle de umidade. As evidências de estratégias para melhorar a adesão ainda são muito limitadas. A força de adesão de compósitos não diferiu entre o uso de adesivos autocondicionantes e adesivos convencionais no esmalte hipomineralizado e ainda não há um indicativo claro de que um processo de desproteinização preliminar ao uso de materiais resinosos melhore a resistência de adesão ao esmalte hipomineralizado (BOZAL, et al., 2015; LAGARDE et al., 2020).

Apesar disso, restaurações com resina composta têm sido a principal escolha de cirurgiões-dentistas generalistas e odontopediatras (ALANZI et al., 2018; GAMBOA et al., 2018). O cimento de ionômero de vidro (CIV) modificado por resina também tem sido apontado como material de escolha (SERNA-MUÑOZ et al., 2020). Contudo, como ainda não há definição clara, até o presente momento, do melhor protocolo de tratamento restaurador para cada grau de severidade de HMI, não há concordância entre os cirurgiões-dentistas quanto aos materiais de eleição.

As coroas de aço pré-contornadas previnem a perda adicional de estrutura de molares permanentes afetados por defeitos de desenvolvimento do esmalte, controla a hipersensibilidade e estabelece os contatos interproximais e oclusais perdidos (DISCEPOLO; SULTAN, 2016; LYGIDAKIS, et al., 2010; RANDALL; PHIL, 2002; ZAGDWON; FAYLE; POLLARD, 2003). De um modo geral, odontopediatras tendem a recomendar e utilizar

coroas de aço pré-contornadas mais frequentemente do que cirurgiões-dentistas generalistas (CROMBIE, et al., 2008; MCKNIGHT-HANES, et al., 1991; SILVA, et al., 2016). Estudos clínicos observaram alta taxa de sucesso com coroas de aço pré-contornadas em molares permanentes com DDE (DISCEPOLO; SULTAN, 2016; OH, et al., 2020; ZAGDWON; FAYLE; POLLARD, 2003). Especificamente em pacientes com HMI, com tempo de acompanhamento de 4,5 anos, primeiros molares permanentes restaurados com coroas de aço pré-contornadas tiveram 100% de sucesso (KOTSANOS; KAKLAMANOS; ARAPOSTATHIS, 2005).

Revisões sistemáticas relatam a diversidade de procedimentos que podem ser indicados para a HMI mas não apontam evidências conclusivas. Ainda há muita dificuldade em determinar tratamentos padronizados, pois os estudos primários diferem bastante no tamanho da amostra, o grau de severidade da HMI e na metodologia de análise dos desfechos (DA CUNHA COELHO et al., 2019; ELHENNAWY; SCHWENDICKE, 2016; SOMANI et al., 2021).

Os principais desafios apontados por cirurgiões-dentistas no atendimento de pacientes com HMI são a dificuldade no manejo do comportamento, o insucesso de restaurações a longo prazo e a dificuldade em determinar o tipo de restauração mais indicado (ALANZI et al., 2018; JÄLEVIK; KLINGBERG, 2002; KOTSANOS; KAKLAMANOS; ARAPOSTATHIS, 2005; LYGIDAKIS et al., 2010; SERNA-MUÑOZ et al., 2020). Variações das escolhas de tratamento entre os países podem ocorrer devido às diferenças nos sistemas de saúde, à disponibilidade de recursos humanos e materiais, assim como, às influências culturais sobre o papel da saúde (KAY; LOCKER, 1996).

1.2 Cuidados em saúde oral no Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde brasileiro é o Sistema Único de Saúde (SUS), rede universal de atenção à saúde. O Brasil avançou com o SUS através da ampliação da cobertura da Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que inclui a assistência odontológica através das Equipes de Saúde Bucal (ESB), parte da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 1990, 2004a, 2018a).

A estruturação do serviço público de saúde faz parte das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, através do conjunto de ações e serviços de saúde, visam garantir promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos brasileiros (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; MOYSÉS; KRIGER; TETU, 2013). O centro de comunicação dessas redes e ponto de entrada do paciente é a Atenção Primária, articulando-se intimamente com a população e entendendo sua situação de saúde bucal (BRASIL, 2018a).

Informações produzidas pelos métodos epidemiológicos determinam as necessidades da população atendida que facilitam o planejamento de ações; administração dos recursos humanos e administrativos; e a avaliação das condutas durante o exercício na ESF (PEREIRA, 1995). Um dos exemplos mais emblemáticos sobre isso é a avaliação da fluorose dental. Provou-se que as medidas de fluoretação das águas de abastecimento não trouxeram nenhum dano significativo à população, quando comparadas aos benefícios de redução da experiência de cárie (BRASIL, 2012). Quanto à HMI, ainda não há indicadores específicos para avaliação da severidade nos atendimentos das ESF, portanto, não é possível acessar informações relativas à sua ocorrência ou aos procedimentos realizados em dentes hipomineralizados através dos dados de monitoramento da atenção básica à saúde bucal dos municípios (BRASIL, 2012).

Além disso, parte do processo de trabalho é o aperfeiçoamento do atendimento à população nos vários níveis do sistema para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, maior acesso e o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS. Por isso, foi estipulada a Educação Permanente em saúde (EPS), estratégia político-pedagógica para suprir necessidades observadas durante o processo de trabalho em saúde, que incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2004b; 2018b). Por não ter a HMI entre as condições registradas nos protocolos do SUS, não há informações quanto às discussões recentes sobre essa alteração de esmalte nos ambientes da ESF e a definição de um ciclo completo de atendimento para esses pacientes afetados.

Nas áreas cobertas pelas ESB, o atendimento odontopediátrico fica a cargo do cirurgião-dentista da ESF e, portanto, são esses os profissionais da saúde pública que lidam diretamente com os desafios da HMI na prática clínica odontológica. Não há dúvida de que a HMI representa um desafio na prática odontológica de assistência à população infantil. Diante do impacto causado pela HMI na condição de saúde bucal de crianças, gerando maior

necessidade de intervenções odontológicas, justifica-se a realização do presente estudo que tem o objetivo de avaliar como os cirurgiões-dentistas das equipes de ESF lidam com a HMI na sua rotina de prática clínica.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 Objetivo primário

- Avaliar a experiência de dentistas das equipes de ESF do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da HMI.

2.2 Objetivo secundário

- Levantar a percepção dos dentistas da ESF do estado do Rio de Janeiro quanto ao planejamento de ações voltadas à educação permanente para identificar, tratar e monitorar os pacientes com HMI.
- Desenvolvimento de instrumento de medida testado e validado.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo foi transversal observacional, baseado em um questionário autoadministrado.

3.2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado no estado do Rio de Janeiro, uma das 27 unidades federativas do Brasil, situada na região Sudeste. O estado é composto por 92 municípios e sua população estimada no ano de 2020 é de 17.366.189 habitantes (IBGE, 2020). O valor de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo o censo de 2010, é de 0,761, classificado como “alto”. Apesar disso, o estado tem fortes contrastes econômicos e sociais pois, enquanto um município apresenta IDH considerado “muito alto” (acima de 0,800), 57 ostentam um IDH classificado como “alto” (entre 0,700 e 0,799); e 34 municípios apresentam níveis inferiores à média estadual (IDHM), sendo classificados como “médio” (entre 0,600 e 0,699) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

A organização territorial dos estados brasileiros no âmbito do SUS se dá através da instituição de "Regiões de saúde", agrupamento de municípios limítrofes organizados com a finalidade de integrar a organização, o planejamento, e a execução de ações e serviços de saúde. Os municípios do estado do Rio de Janeiro são divididos em 9 regiões de saúde: "Baía da Ilha Grande"; "Baixada Litorânea"; "Centro-Sul"; "Médio Paraíba"; "Metropolitana I"; "Metropolitana II"; "Noroeste"; "Norte"; e "Serrana". As regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro estão representadas na Figura 2.

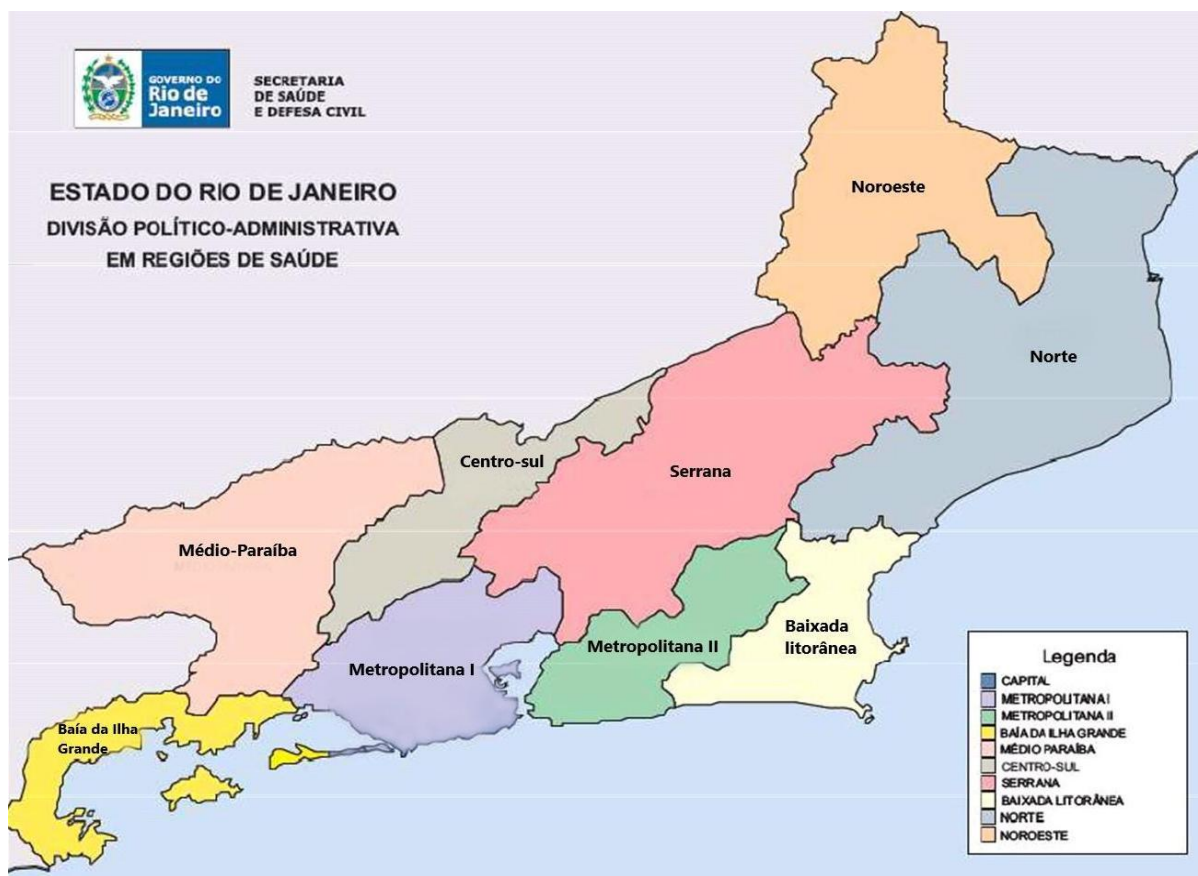


Figura 2 - Mapa das regiões político-administrativas de saúde do estado do Rio de Janeiro

Fonte: Mapa adaptado da Subsecretaria Geral de Assessoria de Integração Regional do Rio de Janeiro, 2015.

3.3 População de estudo

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram elegíveis para o estudo os municípios do interior do estado do Rio de Janeiro com ESB implantada. Cada ESB é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB) ou um técnico de saúde bucal (TSB) (denominada ESB Modalidade I); ou um cirurgião-dentista, um TSB e um ASB (denominada ESB Modalidade II). O número de ESB

por município varia de 1, em municípios de menor porte, a 110, no município de São Gonçalo.

Até o momento, 92 municípios têm ESF implantada, incluindo a capital do estado, dos quais 83 apresentam ESB integrada à ESF. O número total de ESB incluídas foi de 830 equipes. Sendo assim, a população do estudo foi composta pelos 830 dentistas da ESF. Não foi empregada amostragem, pois o estudo pretendeu alcançar a totalidade dos dentistas vinculados à ESF nos municípios do interior do estado do Rio de Janeiro, utilizando o método de censo.

3.3.2 Crerérios de exclusão

Foram excluídos 2 municípios - Niterói e São Gonçalo - pois são municípios com necessidade de abordagem local para obter respostas ao questionário. Além disso, foram excluídos dentistas vinculados à ESF há menos de um ano, pois entendeu-se como um tempo não viável para que o profissional tenha chance de se deparar com a condição durante seu processo de trabalho; ou que estejam afastados do trabalho, por condição de saúde ou outras razões, há mais de dois anos.

3.4 **Construção e avaliação do questionário**

3.4.1 Desenvolvimento do construto do instrumento

As ciências cognitivas e comportamentais trouxeram os testes educacionais e psicológicos para a nossa sociedade, fornecendo boas fontes de informações sobre indivíduos e grupos (PASQUALI, 1998; AERA; APA; NCME, 2014). Inicialmente, os objetivos do trabalho foram discutidos pelos membros da equipe de pesquisa para definir o conceito que se pretendeu avaliar. Iniciou-se com a formulação de definições detalhadas do construto e a

análise dos domínios relevantes do fenômeno a ser estudado. O construto do estudo foi determinado como “Percepção da HMI pelos dentistas da ESF no estado do Rio de Janeiro” e os domínios para atingir esse construto foram "Experiência clínica com HMI na ESF" e "Educação permanente na ESF". Para medir o construto, foram desenvolvidos os itens do questionário com base na literatura pertinente e na experiência da equipe pesquisadora, considerando a hipótese de que os itens representam adequadamente o construto.

Foram definidas três dimensões do instrumento: 1) Dados sócio demográficos; 2) Experiência clínica com Hipomineralização Molar Incisivo (HMI); e 3) Educação permanente da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A dimensão 1 visou coletar informações sobre características do perfil do cirurgião-dentista da ESF e do município onde atua. A dimensão 2 avaliou se os dentistas da família percebem a HMI como um problema no dia a dia clínico da ESF e quais as abordagens de tratamento restaurador eles selecionariam dentro daquelas consideradas ideais ou disponíveis em sua unidade. A dimensão 3 avaliou o acesso do respondente ao conhecimento técnico baseado em evidências científicas e levantar informações sobre as atividades de educação permanente na unidade de ESF e os tópicos de interesse no estudo. Previamente à sua aplicação, o questionário foi avaliado quanto à validação de conteúdo e à confiabilidade.

3.4.2 Evidências de validade de conteúdo do questionário

Na primeira etapa, o questionário foi enviado a 4 cirurgiões-dentistas que não são vinculados à ESF mas que apresentam experiência prévia com suas normas operacionais vigentes para análise individual dos itens. O instrumento preliminar passou pela análise qualitativa do conteúdo das perguntas, opções de respostas, diagramação das fotos e a terminologia empregada. Após avaliação das opiniões, adaptações foram realizadas nas sentenças e/ou na ordem das perguntas e respostas. Na segunda etapa, as evidências de validade de conteúdo foram quantitativamente testadas. Nessa etapa, outros 3 juízes cirurgiões-dentistas, que não são vinculados a nenhuma ESF mas com experiência no assunto, observaram diretamente a clareza e a pertinência prática do conjunto de itens por dimensão.

A análise foi realizada por meio do procedimento de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) do questionário (HERNANDEZ-NIETO, 2002). Os especialistas analisaram todos os itens a partir de uma ficha on-line padronizada com uma escala politômica de 5 pontos graduais (“nada”, “um pouco”, “médio”, “muito” e “totalmente”) em dois critérios: “clareza” (“Este item está simples de ser entendido”) e "pertinência" (“Este item mede aquilo que se propõe”).

Os maiores valores nas notas dos juízes indicam maior concordância do consultor entre o construto e o item. Primeiro, calculou-se a média aritmética das notas de cada item. A segunda etapa foi o cálculo do coeficiente de validade de conteúdo de cada item (CVCi) não-corrigido, através da divisão da média de cada item pelo ponto máximo da escala politômica (valor 5). Para obter os valores do coeficiente de validade de conteúdo corrigidos para cada item (CVCi), realizou-se a subtração do CVCi não corrigido por uma constante de correção para corrigir eventuais erros de avaliações dos juízes. Essa constante se denomina Pe_i e seu cálculo foi realizado através da fórmula:

$$Pe_i = (1 \div j)^j$$

A variável utilizada para o cálculo do Pe_i é o número de juízes (j). Por fim, realizou-se a média aritmética entre os valores de CVC corrigido de cada item para obter o CVC de cada dimensão e do instrumento como um todo. Valores de clareza e pertinência iguais ou superiores a 0,70 foram considerados satisfatórios.

O resultado final do processo de validação de conteúdo do questionário foi o valor de CVC para a clareza do instrumento igual a 0,90 e de o valor de CVC para a pertinência do instrumento igual a 0,93. O instrumento apresentou qualidades psicométricas aceitáveis para ser utilizado como ferramenta para rastrear a percepção e experiência da HMI entre os dentistas da ESF. Os valores podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1 - Cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo, conforme a clareza e a pertinência das questões pelos juízes avaliadores

CVC – Clareza					CVC – Pertinência				
Item	Média	CVCi	Pei	CVCc	Item	Média	CVCi	Pei	CVCc
1	4,67	0,93	0,04	0,90	1	5,00	1,00	0,04	0,96
2	5,00	1,00	0,04	0,96	2	5,00	1,00	0,04	0,96
3	5,00	1,00	0,04	0,96	3	5,00	1,00	0,04	0,96
4	5,00	1,00	0,04	0,96	4	5,00	1,00	0,04	0,96
5	5,00	1,00	0,04	0,96	5	5,00	1,00	0,04	0,96
6	5,00	1,00	0,04	0,96	6	5,00	1,00	0,04	0,96
7	4,33	0,87	0,04	0,83	7	4,33	0,87	0,04	0,83
8	4,33	0,87	0,04	0,83	8	4,33	0,87	0,04	0,83
9	4,67	0,93	0,04	0,90	9	5,00	1,00	0,04	0,96
10	4,67	0,93	0,04	0,90	10	5,00	1,00	0,04	0,96
11	4,33	0,87	0,04	0,83	11	4,67	0,93	0,04	0,90
12	4,33	0,87	0,04	0,83	12	4,67	0,93	0,04	0,90
13	4,33	0,87	0,04	0,83	13	4,67	0,93	0,04	0,90
14	4,00	0,80	0,04	0,76	14	4,67	0,93	0,04	0,90
15	5,00	1,00	0,04	0,96	15	5,00	1,00	0,04	0,96
16	4,33	0,87	0,04	0,83	16	4,67	0,93	0,04	0,90
17	5,00	1,00	0,04	0,96	17	5,00	1,00	0,04	0,96
18	5,00	1,00	0,04	0,96	18	5,00	1,00	0,04	0,96
19	4,67	0,93	0,04	0,90	19	5,00	1,00	0,04	0,96
20	5,00	1,00	0,04	0,96	20	5,00	1,00	0,04	0,96
21	4,33	0,87	0,04	0,83	21	5,00	1,00	0,04	0,96
22	4,67	0,93	0,04	0,90	22	4,67	0,93	0,04	0,90
23	5,00	1,00	0,04	0,96	23	5,00	1,00	0,04	0,96
Total (CVC Clareza) = 0,90					Total (CVC Pertinência) = 0,93				

O questionário ficou composto de três dimensões: Dados sócio demográficos, Experiência com HMI e Educação permanente na ESF. A primeira dimensão foi composta de 10 itens, a segunda por 16 itens e a terceira por 8 itens. O instrumento final de coleta de dados se encontra no Apêndice A.

3.4.3 Confiabilidade do instrumento

A avaliação da confiabilidade do questionário foi realizada através da análise de confiabilidade do tipo estabilidade das medidas e através da análise de confiabilidade do tipo consistência interna.

A confiabilidade de consistência interna do questionário foi avaliada a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (CRONBACH, 1951; PASQUALI, 2009) após a aplicação final do questionário aos dentistas da ESF. Quanto maior o valor obtido pelo coeficiente Alfa de Cronbach, maior a confiabilidade. Valores superiores a 0,6 foram considerados substanciais (LANDIS; KOCH, 1977). Em uma escala de 18 itens, foi obtido o valor de alfa de Cronbach de 0,665.

A confiabilidade do tipo estabilidade das medidas foi determinada pelo teste-reteste. O questionário foi ainda aplicado a outros dentistas que não são vinculados à ESF mas que apresentam conhecimento das normas operacionais vigentes e que lidam com crianças na prática clínica e foi reaplicado após um intervalo de 8 dias. A concordância entre as respostas da primeira e da segunda aplicação foi apurada por meio do cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (ICC). Quanto mais próximo de 1 for o coeficiente obtido, mais o instrumento é estável em diferentes períodos de tempo e maiores as evidências de confiabilidade do instrumento. Valores superiores a 0,6 foram considerados adequados (CICCHETTI, 1994). O valor médio obtido de ICC foi de 0,887.

3.4.4 Atribuição de pontos para escala

As dimensões 2 e 3 foram associadas ao construto para se obter a medida do grau de percepção pela “Escala de percepção da HMI como um problema clínico pelos dentistas da ESF” e foram atribuídos pesos aos itens dessas dimensões pela equipe pesquisadora. A dimensão 1, a questão 2.7 da dimensão 2 e as questões 3.5 e 3.8 da dimensão 3 não tiveram atribuição de pesos pois entendeu-se não terem relevância para averiguar o grau de percepção.

A pontuação mínima da escala foi 0 e a pontuação máxima foi de 36. A escala se encontra no Apêndice B.

3.5 Metodologia de aplicação do questionário

O questionário foi aplicado através de formulário gerado no Google Formulários, (Google LLC, Mountain View, CA, USA) cujo link foi enviado por meio eletrônico diretamente aos coordenadores de saúde bucal para encaminhar aos cirurgiões-dentistas cadastrados pelo município. Ao clicarem no link para o questionário, tiveram acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice C) o qual apresenta esclarecimentos sobre objetivo, método, riscos e benefícios da pesquisa e ênfase no caráter voluntário da participação.

A aplicação do questionário foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022. De modo a aumentar a taxa de resposta do estudo, dois lembretes foram enviados para os coordenadores de saúde bucal dentro de um período de 4 semanas de estudo após a distribuição inicial do link do questionário.

3.6. Aspectos éticos do estudo

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CAAE: 48541921.4.0000.5259), verificado no anexo A. Foi obtida ainda a carta de anuência pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para aprovação da coleta de dados dos dentistas da ESF, verificada no anexo B. A participação no estudo foi voluntária mediante concordância com o TCLE (Apêndice C). Os participantes voluntários receberão benefícios indiretos. Os resultados do estudo servirão de base para a elaboração de um relatório com as experiências dos cirurgiões-dentistas em relação à HMI, na perspectiva da ESF. A partir do relatório, demandas dos cirurgiões-dentistas poderão ser atendidas, tais como: aperfeiçoamento do prontuário para registro e

acompanhamento periódico dos defeitos de desenvolvimento de esmalte; seleção e organização de material científico para dar suporte a recomendações de condutas clínicas para HMI; estabelecimento de um canal de comunicação entre a universidade e os cirurgiões-dentistas utilizando ferramentas de tecnologia de informação e comunicação.

O estudo apresentou risco mínimo, pois o questionário não afetou a integridade psicológica dos participantes e segue rigorosamente os princípios éticos em pesquisa científica. Para evitar qualquer risco de vazamento de informações do participante, ao responder o questionário, os voluntários não foram solicitados a fornecer dados pessoais como nome, endereço, documentos ou qualquer outra informação que permita identificá-lo. Os dados coletados foram manipulados exclusivamente pela equipe da pesquisa. Esta pesquisa pôde oferecer incômodos mínimos aos participantes, principalmente em relação ao tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário online, porém a metodologia de aplicação favoreceu que o participante se mantivesse confortável. Para reduzir esse incômodo ao mínimo, o questionário foi elaborado com perguntas objetivas e com o menor número possível de questões para não demandar muito tempo do voluntário.

3.7 Análise de dados

Os dados foram inseridos em uma planilha Excel e analisados usando o software estatístico SPSS versão 25 (IBM Institute Inc. Armonk, N.Y., EUA). Estatísticas descritivas de frequências absolutas e percentuais foram determinadas para avaliar a taxa de resposta e descrever as características dos participantes do estudo. A partir dos escores atribuídos às respostas de cada item do questionário, foram calculados os valores obtidos em cada dimensão por cada respondente, assim como os valores médios, respectivos desvios padrões e medianas considerando toda a amostra.

Testou-se associações entre o escore médio do questionário (variável dependente) com as variáveis da dimensão 1 (variáveis independentes) através do teste T de Student (variável independente dicotômica) ou ANOVA (variável independente ordinal de três ou mais categorias), pressupondo uma distribuição normal dos dados. Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados significativos estatisticamente.

Foi decidido realizar o agrupamento das variáveis "Região de saúde", através da união de regiões próximas, e do "número de usuários assistidos", de modo a evitar grupos pequenos a serem analisados. A partir da análise bivariada, foram selecionadas as variáveis independentes incluídas na análise multivariada. O teste escolhido foi o modelo de regressão generalizado de Poisson com variância robusta para testar a associação entre as variáveis independentes em termos de razão de prevalência ao intervalo de confiança de 95%. As variáveis independentes foram incluídas na análise multivariada, com base na significância da análise bivariada e na relevância clínica. Valores de p inferior a 0,05 foram considerados significativos estatisticamente.

4 RESULTADOS

De 83 municípios, foram obtidas respostas de 65, totalizando uma taxa de 78,3% de respostas dos municípios. Dentro das respostas obtidas, todas as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro responderam o questionário, cujo percentual de respostas variou de 21,42% a 67,44%.

Já se tratando dos dentistas da ESF do estado do Rio de Janeiro, incluídos na primeira fase do levantamento, obtivemos 370 respostas de um total de 830 dentistas incluídos nos critérios do estudo, totalizando 44,6% de taxa de resposta. Dos 370 dentistas da ESF incluídos, 66 dentistas (17,8%) que atuavam na ESF a menos de 1 ano foram excluídos das análises. Dados referentes aos municípios, dentistas da ESF respondentes e excluídos das análises, segundo a região de saúde, se encontram na Tabela 2.

Tabela 2 - Taxa de resposta obtida (número absoluto e percentual) e de exclusão por município e por dentista de cada região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Região de Saúde	Municípios		Dentistas		Excluídos**	
	Respondentes		Respondentes			
	n	%	n	%	n	%
Baía da Ilha Grande	2	66,6	9	21,4	2	22,2
Baixada Litorânea	8	88,8	54	63,5	12	22,2
Centro-Sul	6	54,5	36	35,0	8	22,2
Médio Paraíba	8	72,7	39	24,4	5	12,8
Metropolitana I	10	90,9	77	53,8	20	26
Metropolitana II	4	66,6	27	51,9	5	18,5
Noroeste	10	76,9	42	47,7	8	19
Norte	8	100	28	39,4	3	10,7
Serrana	9	75	58	67,4	3	5,2
Total	65*	78,3%	370	44,6	66	17,8

*Nota 1: O total inclui todos os municípios do estado do RJ, exceto a capital (Rio de Janeiro), Niterói e São Gonçalo.

**Nota 2: Foram excluídos os dentistas com menos de 1 ano de atuação na Estratégia Saúde da Família.

Entre os 304 dentistas selecionados, 69,7% (212/304) são do sexo feminino e tem, em média, 17,4 anos (DP = 10,4) de formados, variando de 1 ano a 49 anos e com mediana de 16 anos. Dos 304 dentistas, 257 (84,6%) possuíam pós-graduação, sendo 234 (77%) no nível lato

sensu e 23 (7,5%), *stricto sensu*. Em relação à área de titulação, 103 (33,9%) eram especialistas em Saúde da Família, 24 (7,9%) eram odontopediatras e 130 (42,8%) eram especialistas em outras áreas. Além do mais, dos 304 dentistas, 126 tinham de 1 a 5 anos de atuação na ESF (41,4%) e 152 dentistas atuavam na atual equipe de ESF pelo mesmo período de tempo (50%).

Em relação aos usuários assistidos, dos 304 dentistas, 62 (20,4%) atuam em uma ESF com mais de 3500 usuários; 57 (18,4%) atuam em uma ESF com até 2500 usuários; e 52 (17,1%) atuam para até 1500 usuários. O valor mais alto nessa questão foi para aqueles dentistas que não souberam informar o número de usuários assistidos pela unidade ESF, com 84 dentistas (27,6%).

Com relação às informações referentes ao território de atuação, dos 304 dentistas, 78 (25,7%) atuam em municípios com até 400.000 habitantes; 62 (20,4%) em municípios com até 100.000 habitantes; 59 (19,4%) em municípios com até 40.000 habitantes. 49 (16,1%) dos dentistas não souberam informar a quantidade de habitantes. A tabela 3 apresenta a distribuição dos 304 dentistas pelas 9 regiões administrativas de saúde do estado do RJ, segundo suas características profissionais.

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (Continua)

Região de saúde			n	%
Baía da Ilha Grande	Anos de formação	Até 10 anos	2	28,6
		11 a 20 anos	2	28,6
		> 20 anos	3	42,9
	Titulação	Graduação	3	42,9
		Especialização	4	57,1
	Tempo ESF	1 a 5 anos	4	57,1
		>10 anos	3	42,9
	Tempo ESF atual	<1 ano	2	28,6
		1 a 5 anos	2	28,6
		6 a 10 anos	1	14,3
		>10 anos	2	28,6
Sexo	Feminino	3	42,9	
	Masculino	4	57,1	
Total			7	100
Baixada Litorânea	Anos de formação	Até 10 anos	13	31
		11 a 20 anos	10	23,8
		> 20 anos	19	45,2

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (Continuação)

	Titulação	Graduação	6	14,3	
		Especialização	34	81	
		Mestrado/Doutorado	2	4,8	
	Tempo ESF	1 a 5 anos	18	42,9	
		6 a 10 anos	10	23,8	
		>10 anos	14	33,3	
	Tempo ESF atual	<1 ano	7	16,7	
		1 a 5 anos	25	59,5	
		6 a 10 anos	5	11,9	
		>10 anos	5	11,9	
Sexo	Feminino	24	57,1		
	Masculino	18	42,9		
Total		42	100		
Centro-Sul	Anos de formação	Até 10 anos	12	42,9	
		11 a 20 anos	14	50	
		> 20 anos	2	7,1	
	Titulação	Graduação	2	7,1	
		Especialização	25	89,3	
		Mestrado/Doutorado	1	3,6	
	Tempo ESF	1 a 5 anos	13	46,4	
		6 a 10 anos	7	25	
		>10 anos	8	28,6	
	Tempo ESF atual	<1 ano	5	17,9	
		1 a 5 anos	13	46,4	
		6 a 10 anos	9	32,1	
		>10 anos	1	3,6	
	Sexo	Feminino	21	75	
		Masculino	7	25	
	Total		28	100	
	Médio Paraíba	Anos de formação	Até 10 anos	12	35,3
			11 a 20 anos	9	26,5
			> 20 anos	13	38,2
Titulação		Graduação	6	17,6	
		Especialização	27	79,4	
		Mestrado/Doutorado	1	2,9	
Tempo ESF		1 a 5 anos	15	44,1	
		6 a 10 anos	10	29,4	
		>10 anos	9	26,5	
Tempo ESF atual		<1 ano	7	20,6	
		1 a 5 anos	14	41,2	
		6 a 10 anos	7	20,6	
		>10 anos	6	17,6	
Sexo		Feminino	23	67,6	
		Masculino	11	32,4	
Total		34	100		

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (Continuação)

Metropolitana 1	Anos de formação	Até 10 anos	13	22,8
		11 a 20 anos	28	49,1
		> 20 anos	16	28,1
	Titulação	Graduação	13	22,8
		Especialização	41	71,9
		Mestrado/Doutorado	3	5,3
	Tempo ESF	1 a 5 anos	20	35,1
		6 a 10 anos	15	26,3
		>10 anos	22	38,6
	Tempo ESF atual	<1 ano	5	8,8
		1 a 5 anos	28	49,1
		6 a 10 anos	10	17,5
		>10 anos	14	24,6
Sexo	Feminino	42	73,7	
	Masculino	15	26,3	
Total		57	100	
Metropolitana 2	Anos de formação	Até 10 anos	9	40,9
		11 a 20 anos	6	27,3
		> 20 anos	7	31,8
	Titulação	Graduação	3	13,6
		Especialização	14	63,6
		Mestrado/Doutorado	5	22,7
	Tempo ESF	1 a 5 anos	10	45,5
		6 a 10 anos	10	45,5
		>10 anos	2	9,1
	Tempo ESF atual	<1 ano	5	22,7
		1 a 5 anos	14	63,6
		6 a 10 anos	2	9,1
		>10 anos	1	4,5
Sexo	Feminino	20	90,9	
	Masculino	2	9,1	
Total		22	100	
Noroeste	Anos de formação	Até 10 anos	10	29,4
		11 a 20 anos	12	35,3
		> 20 anos	12	35,3
	Titulação	Graduação	3	8,8
		Especialização	26	76,5
		Mestrado/Doutorado	5	14,7
	Tempo ESF	1 a 5 anos	15	44,1
		6 a 10 anos	5	14,7
		>10 anos	14	41,2
	Tempo ESF atual	<1 ano	4	11,8
		1 a 5 anos	17	50
		6 a 10 anos	3	8,8
		>10 anos	10	29,4

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (Conclusão)

	Sexo	Feminino	27	79,4
		Masculino	7	20,6
	Total		34	100
Norte	Anos de formação	Até 10 anos	6	24
		11 a 20 anos	15	60
		> 20 anos	4	16
	Titulação	Graduação	4	16
		Especialização	19	76
		Mestrado/Doutorado	2	8
	Tempo ESF	1 a 5 anos	11	44
		6 a 10 anos	6	24
		>10 anos	8	32
	Tempo ESF atual	<1 ano	1	4
		1 a 5 anos	14	56
		6 a 10 anos	6	24
		>10 anos	4	16
Sexo	Feminino	18	72	
	Masculino	7	28	
	Total		25	100
Serrana	Anos de formação	Até 10 anos	12	21,8
		11 a 20 anos	14	25,5
		> 20 anos	29	52,7
	Titulação	Graduação	7	12,7
		Especialização	44	80
		Mestrado/Doutorado	4	7,3
	Tempo ESF	1 a 5 anos	20	36,4
		6 a 10 anos	13	23,6
		>10 anos	22	40
	Tempo ESF atual	<1 ano	3	5,5
		1 a 5 anos	25	45,5
		6 a 10 anos	11	20
		>10 anos	16	29,1
Sexo	Feminino	34	61,8	
	Masculino	21	38,2	
	Total		304	100

Dos 304 dentistas, 272 respondentes declararam atender, no mínimo, 5 crianças por semana (89,4%). O estudo identificou, ainda, que a grande maioria da amostra já se deparou com casos de HMI durante sua prática clínica (95,8%; 291/304); 181 dentistas (59,6%) encontraram casos de HMI mais de 1 vez em um período de 6 meses na unidade de ESF e 54

dentistas (17,8%) afirmam que encontram, pelo menos, 1 vez por mês em sua unidade de ESF.

Apesar de todas as regiões de saúde relatarem atendimento de casos de HMI, apenas 96 dentistas (31,6%) têm a percepção de aumento de casos de HMI nos últimos anos atuando na atenção básica. A tabela 4 apresenta a distribuição dos 304 dentistas, segundo suas respostas em relação às perguntas referentes ao atendimento clínico de pacientes com HMI do questionário.

Tabela 4 - Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao atendimento clínico de pacientes com HMI na ESF do questionário (Continua)

Perguntas		
	n	%
Atendimento de crianças?		
Não sei	8	2,6
Raramente	24	7,9
Relativa frequência	109	35,9
Frequentemente	111	36,5
Muito frequentemente	52	17,1
Atendimento de crianças com HMI?		
Não sei	7	2,3
Nunca	8	2,0
Raramente	110	36,2
Relativa frequência	127	41,8
Frequentemente	30	9,9
Muito frequentemente	24	7,9
Frequência aumentou durante o seu tempo de trabalho		
Não sei	56	18,4
Não	152	50
Sim	96	31,6
Você percebeu algum dos desafios abaixo?		
Dificuldades com o comportamento da criança?		
Não sei	37	12,2
Não	132	43,4
Sim	135	44,4
Obter boa analgesia local?		
Não sei	46	15,1
Não	167	54,9
Sim	91	29,9
Restaurar molares parcialmente irrompidos?		
Não sei	25	8,2
Não	78	25,7
Sim	201	66,1

Tabela 4 - Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao atendimento clínico de pacientes com HMI na ESF do questionário (Conclusão)

Falhas frequentes nas restaurações?		
Não sei	47	15,5
Não	58	19,1
Sim	199	65,5

Os dentistas também foram questionados sobre suas decisões de tratamento frente a três casos de HMI. O caso 1 é o "caso de HMI severa com fratura em cúspide de trabalho e expondo dentina"; o caso 2 é o "caso de HMI severa com cúspide parcialmente comprometida"; o caso 3 é o "caso de HMI somente com opacidades amarelo-amarronzadas".

Para o caso 1, as escolhas de tratamento mais prevalentes entre as opções disponíveis no ambiente da ESF foram o Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) espatulável com 198 respostas (65,1%) e da resina composta com 83 respostas (27,3%). Para o caso 2, as escolhas mais prevalentes entre as opções disponíveis no ambiente da ESF também foram CIV espatulável com 147 respostas (48,4%) e resina composta com 114 (37,5%). Já na livre-escolha do caso 1, as restaurações indiretas passaram a ser mais predominantes com 118 respostas (38,9%) seguido de CIV espatulável com 59 respostas (19,4%) e para o caso 2, as restaurações em resina foram mais escolhidas 113 (37,2%). A indicação de procedimentos mais complexos do que aqueles disponíveis na ESF ocorreu em mais da metade dos profissionais em relação ao caso 1 (66,4%) e em cerca de 40% em relação ao caso 2 (42,4%) para solucionar o problema.

Quanto às dificuldades mais frequentemente apontadas pelos 304 dentistas no manejo clínico da HMI, foram a dificuldade em restaurar um molar parcialmente irrompido, com 201 respostas (66,1%), e a alta taxa de falhas das restaurações realizadas, com 199 respostas (65,5%), mais prevalentes. Esses resultados sugerem que os dentistas gostariam de ter acesso a outras opções de tratamento. Foi apresentada a *Hall Technique* aos respondentes para um caso em que a técnica foi adaptada a um primeiro molar permanente hipomineralizado; 277 respondentes (91,1%) relataram nunca ter empregado a *Hall Technique*, porém, mais da metade deles concordou que indicaria para molares com HMI severa, com 158 respostas (52%).

Para o caso 3, as escolhas de tratamento mais prevalentes no ambiente da ESF foram o uso do flúor tópico com 166 respostas (54,6%) e o uso de selante de CIV espatulável. Para

Tabela 5 - Distribuição das decisões de tratamento considerando as opções disponíveis na ESF e a livre escolha do dentista para manejo clínico da HMI (Conclusão)

Indireta		21	0	23	0	2*	2	56	18,5
Outros		0	0	0	0	0	2*	2	0,7
Total	n total	29	147	5	114	0	3	6	304
	% total	9,5	48,4	1,6	37,5	0	1	2	100

Caso 3: Caso HMI somente com opacidades amarelo-amarronzadas

Livre escolha do dentista Opções disponíveis na ESF

		Sel CIV					Sel. Resi- nosso	Outro	n total	% total
		Acompa- nhamento	Flúor tópico	espatulá- vel	encapsu- lado					
		n	n	n	n	n	n			
Acompa- nhamento		24*	0	2	0	1	0	27	8,9	
Flúor tópico		6	122*	11	1	4	0	144	47,4	
Sel CIV espatulável		3	10	30*	0	5	0	48	15,8	
Sel CIV encapsulado		2	16	13	4*	4	0	39	12,8	
Sel Resinoso		5	17	4	2	16*	0	44	14,5	
Outros		0	1	1	0	0	0	2	0,7	
Total	n total	40	166	61	7	30	0	304		
	% total	13,2	54,6	20,1	2,3	9,9	0		100	

*Nota: Respondentes que não modificaram sua decisão

Além do mais, 225 dentistas (74,0%) concordam que um quadro de HMI apresentando molares severamente afetados impacta negativamente a qualidade de vida da criança. No caso de pacientes com incisivos acometidos por opacidades demarcadas por HMI, 249 (81,9%) concordam que a criança tem impacto negativo na sua qualidade de vida. A tabela 6 apresenta as informações quanto às opções de resposta dos respondentes.

Tabela 6 - Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao impacto na qualidade de vida de pacientes com HMI do questionário (Continua).

	n	%
Impacto Qualidade de vida (molares com HMI severa)		
Discordo totalmente	3	1
Discordo	37	12,2

Nem concordo, nem discordo	39	12,8
Concordo	161	53
Concordo totalmente	64	21,1

Impacto Qualidade de vida (opacidades nos incisivos)

Discordo totalmente	1	3
Discordo	16	5,3

Tabela 6 - Distribuição das respostas em relação às perguntas referentes ao impacto na qualidade de vida de pacientes com HMI do questionário (Conclusão).

Nem concordo, nem discordo	38	12,5
Concordo	175	57,6
Concordo totalmente	74	24,3
Total	304	100

Quanto às atividades de educação permanente da ESF, mais de 70% deles relataram que o tema HMI nunca foi abordado (243/304) e 58,6% nunca tiveram acesso a qualquer material didático sobre HMI (178/304). Quase 84,5% dos dentistas (257/304) relataram o interesse em um canal de comunicação neste assunto com a universidade. Dos 304 dentistas, 97% entendem como importante abordar assuntos sobre HMI nas atividades de educação permanente (295/304). Os assuntos considerados mais importantes a serem abordados na ESF foram: tratamento preventivo de molares (84,5%); tratamento estético de incisivos (73,4%); e diagnóstico da HMI (62,8%).

Por fim, quanto à avaliação da "Escala de Percepção da HMI como problema clínico", a variável dependente é o valor obtido através do escore da escala. A média do valor de percepção dos respondentes foi de 22,74 (DP=5,117) e mediana de 22. O escore máximo obtido foi de 34 pontos e o valor mínimo foi de 10 pontos. Na figura 3, pode ser observada a distribuição dos dados de "Escore da escala de percepção de HMI como problema clínico" dos dentistas da ESF respondentes. As variáveis independentes empregadas nas análises de associação com a escala de percepção também mostraram distribuição normal.

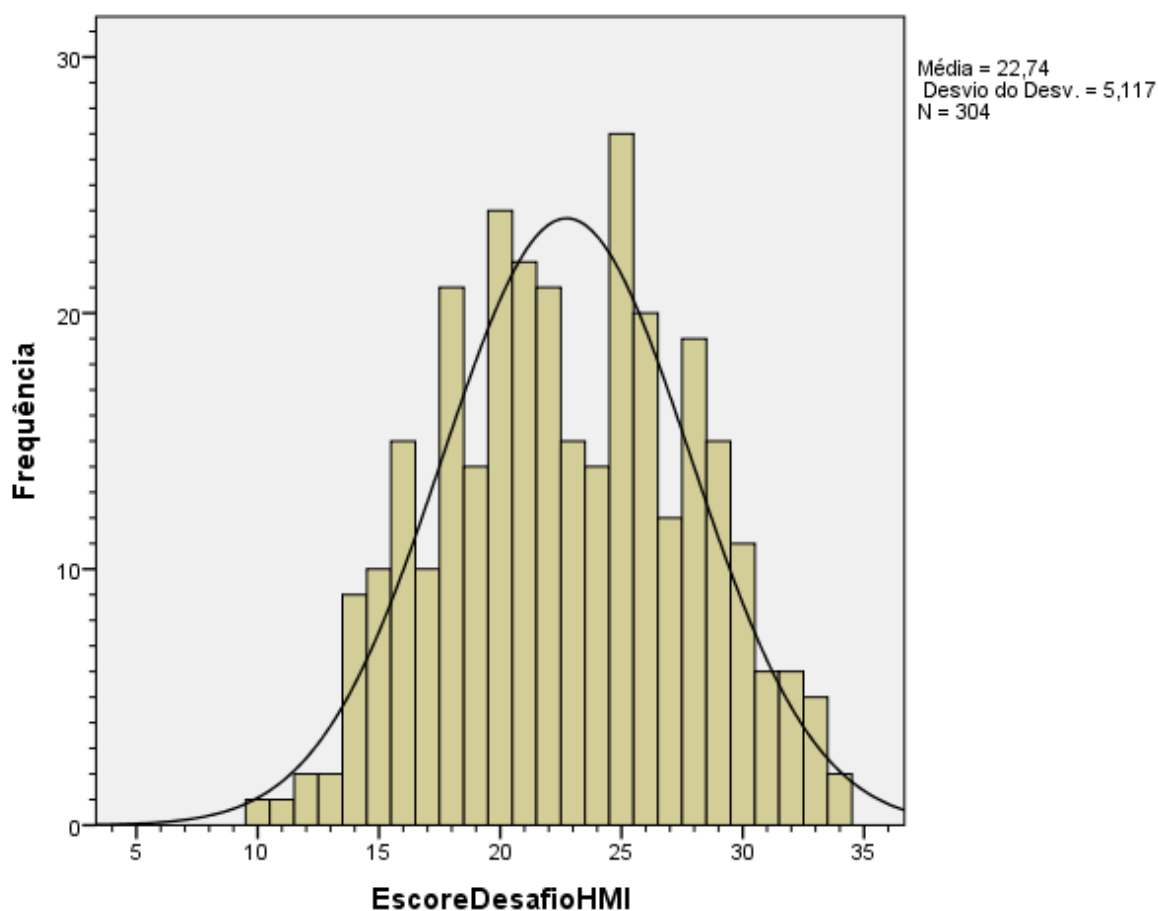


Gráfico - Distribuição da pontuação da escala de percepção da HMI como um problema clínico pelos dentistas da ESF respondentes (variável dependente).

Nota: Escala do gráfico apresentado de 1:1 para os anos de formação e a frequência

A tabela 7 apresenta a associação bivariada entre o escore da "Escala de percepção da HMI como problema clínico" e as variáveis independentes isoladamente. Observa-se que somente as variáveis sexo e área de titulação mostraram associação significativa com os escores obtidos da escala. As variáveis independentes que apresentaram associação significativa ($p\text{-valor} < 0,05$) e variáveis independentes consideradas coerentes em relação a variável dependente foram mantidas na análise multivariada. As variáveis independentes que apresentaram associação significativa foram sexo ($p\text{-valor} = 0,024$) e área de titulação ($p\text{-valor} < 0,001$).

Tabela 7 - Análise bivariada da associação entre o escore médio da percepção de HMI como um problema com as variáveis independentes

Variável	n	Escore da percepção da HMI como um problema				p-valor*
		média	DP	mín	máx	
Sexo						
Feminino	212	23,17	4,9	12	34	0,024**
Masculino	92	21,74	5,4	10	33	
Região de saúde						
Litoral	49	21,7	5,2	12	32	0,425
Centro e Médio Paraíba	62	22,9	4,3	14	33	
Metropolitana	79	22,6	5,7	10	34	
Norte e Noroeste	59	22,4	5,1	14	33	
Serrana	55	24,0	5,0	14	34	
Tempo de formado						
Até 10 anos	89	22,34	4,4	14	33	0,672
11 a 20 anos	110	22,95	5,5	10	34	
Mais do que 20 anos	105	22,74	5,3	11	34	
Titulação						
Graduação	47	22,13	4,6	14	30	0,660
Especialização	234	22,87	5,1	10	34	
Mestrado ou Doutorado	23	22,65	5,6	12	34	
Área de titulação						
Somente graduação	47	22,13	4,6	14	30	<0,001**
Outras pós	130	22,13	5	10	33	
S.Família	103	22,66	4,7	12	33	
Odontopediatria	24	27,58	5,6	13	34	
Nº de usuários assistidos						
Até 1500 usuários	52	22,27	4,5	14	32	0,326
Até 2500 usuários	57	23,16	5,1	12	34	
Até 3500 usuários	49	23	5,2	11	32	
Mais de 3500 usuários	62	23,42	5,4	10	34	
Municípios têm mais de 1500 usuários?						
Não	136	22,16	4,9	12	33	0,076
Sim	168	23,21	5,2	10	34	

*Nota 1: Teste T de Student para dados dicotômicos e ANOVA para dados multi-categóricos.

**Nota 2: Associação significativa

A Tabela 8 apresenta o resultado da análise multivariada na qual se observou que os principais parâmetros que aumentaram o escore da “Escala de percepção da HMI como um problema clínico” foram indivíduos na categoria “Pós-graduação em Odontopediatria” (RP: 1,226; IC 95%: 1,12 – 1,33; $p < 0,001$) e dentistas atuantes da "Região Serrana" (RP: 1,087; IC 95%: 1,001 – 1,179; $p < 0,001$).

Tabela 8 - Análise multivariada entre o escore médio da percepção de HMI como um problema e as variáveis independentes

Variáveis	n	P-valor	Razão de prevalência (RP)	IC 95%	
				Mín	Max
Regiões de saúde					
Serrana	49	0,047*	1,087	1,001	1,179
Norte e Noroeste	62	0,576	1,024	0,943	1,112
Metropolitana	79	0,759	1,012	0,936	1,095
Centro-Sul e Médio Paraíba	59	0,387	1,036	0,956	1,124
Litoral	55		1		
Municípios têm mais de 1500 usuários?					
Sim	168	0,233	1,031	0,980	1,085
Não.	136		1		
Anos de formação					
Mais de 20 anos	105	0,734	1,011	0,949	1,077
De 10 a 20 anos	110	0,611	1,016	0,955	1,081
Até 10 anos	89		1		
Titulação					
Mestrado e Doutorado	23	0,878	0,992	0,891	1,103
Especialização	234	0,689	0,985	0,915	1,060
Somente graduação	47		1		
Área de titulação					
Pós-graduação em	24	<0,001*	1,226	1,124	1,336
Odontopediatria					
Especialização em Saúde da Família	103	0,585	1,016	0,959	1,077
Outras especializações					
	130		1		
Sexo					
Feminino	212	0,05	0,947	0,896	1,000
Masculino	92		1		

5 DISCUSSÃO

O manejo da HMI é desafiador pois, além de ser uma condição de maior risco de lesões cariosas mesmo em pacientes de baixo risco, as necessidades individuais de cada paciente afetado variam amplamente. Avaliando-se especificamente a realidade do atendimento odontológico na saúde pública brasileira, a atenção básica precisa suprir grande parte da demanda de atendimento (BRASIL, 2017; 2018a) e o dentista da ESF é o profissional que tem as maiores chances de lidar diretamente com os pacientes afetados por HMI. O presente estudo levantou dados quanto ao manejo clínico da HMI pelos dentistas da ESF e sobre a percepção dessa alteração como um problema clínico em seu ambiente de trabalho.

Esses objetivos foram realizados através de um questionário autoadministrado, testado e validado, e de um escore denominado "Escala de percepção da HMI como um problema clínico", vinculado às questões para quantificar o conceito psicológico de "Percepção" dos dentistas da ESF no estado do Rio de Janeiro. Um instrumento bem construído terá assegurada a capacidade de acessar a variável latente em questão (AERA; APA; NCME, 2014). Foi estipulado a construção do instrumento de medida pois, entre as publicações encontradas, nenhuma teorizou um modelo que envolvesse o construto estipulado para esse estudo. Entre os estudos prévios baseados em questionários sobre HMI, foram encontrados 2 estudos que utilizaram o sistema de escore porém foi para avaliar o conceito psicológico de "conhecimento" (GAMBETTA-TESSINI, et al., 2016; GAMBOA, et al, 2018). O presente instrumento obteve bons indicadores para avaliar adequadamente as demandas do profissional da atenção básica para o atendimento da HMI no ambiente da ESF.

Embora fosse esperado um percentual de resposta mais alto do que o observado, devido à facilidade de acesso ao questionário através do celular, a amostra foi considerada satisfatória para os objetivos do trabalho. Foram abrangidos 78,3% dos municípios incluídos no estudo e todas as 9 regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro foram representadas. Contudo, há limitações no que diz respeito à extrapolação dos dados resultantes desse estudo para outras regiões do Brasil.

A amostra refletiu o cenário de atendimento na atenção básica, pois a maioria dos dentistas relatou atender crianças com relativa frequência. Apenas cerca de 8% dos respondentes declararam que raramente atendem crianças. Quanto à frequência da HMI em

seu ambiente de trabalho, o estudo identificou que a resposta mais prevalente foi o atendimento de 2 até 5 vezes em um período de 6 meses (base anual). Os dados se diferiram daqueles relatados em estudos anteriores, que apontaram como resposta mais prevalente uma frequência mensal (ALANZI et al., 2018; SERNA-MUÑOZ et al., 2020; UPADHYAY, et al., 2018) e semanal (WALL E LEITH, 2020). Dos 304 dentistas incluídos, apenas 31,6% (96/304) declararam que perceberam aumento no número de casos durante seu tempo de atuação na ESF. Desse modo, este resultado pode estar associado a subnotificação dos casos de HMI entre a amostra.

A efetivação das ações em saúde pela Atenção Básica depende de uma sólida política de EPS, vinda de um vínculo substancial com a pesquisa científica brasileira. Desse modo, produz profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS (BRASIL, 2018b). 95,8% dos dentistas já se deparou com casos de HMI nas unidades de ESF mas 58,6% relataram que nunca tiveram acesso a materiais didáticos sobre HMI. Esses valores diferem bastante em estudos anteriores; Gambetta-Tessini et al., (2016) apontaram que 88,6% que já se depararam com casos de HMI mas 48,5% nunca tiveram acesso a materiais didáticos sobre HMI, enquanto que Gamboa, et al. (2018), relataram que 77,8% dos dentistas já se deparou com casos de HMI mas 86,3% nunca tiveram acesso a materiais didáticos sobre HMI. As atividades dos programas de educação permanente da ESF podem ser utilizadas, portanto, como estratégia de disseminação de conhecimento sobre o tema.

As dificuldades durante o atendimento dos pacientes afetados mais encontradas foram "dificuldades na restauração de molares parcialmente irrompidos" e a "alta taxa de falhas das restaurações realizadas". Esses desafios foram compatíveis com estudos anteriores que relataram "dificuldade de obter restaurações de sucesso a longo prazo" (SERNA-MUNOZ, et al., 2020; UPADHYAY, 2018) porém, outros dois estudos relataram que o desafio mais prevalente foi "Comportamento não-colaborador do paciente" (ALANZI et al., 2018; WALL E LEITH, 2020). É possível que este resultado esteja ligado às características da amostra.

Essas dificuldades, ainda, estão relacionadas com os assuntos de interesse para as atividades de EPS deste estudo pois mais da metade da amostra declarou que gostaria de participar de atividades referentes às opções de tratamento restaurador de molares hipomineralizados. Estudos prévios que questionaram os dentistas quanto à educação permanente foram compatíveis com o presente estudo, relatando necessidade de treinamento

clínico para o tratamento da HMI (ALANZI et al., 2018; GAMBOA, et al., 2018; SERNA-MUNÓZ, et al., 2020; UPADHYAY, et al., 2018).

Quanto às escolhas de tratamentos restauradores pelos dentistas da ESF, a resposta mais prevalente para os casos 1 e 2 entre as opções disponíveis no ambiente da ESF foi o CIV espatulável, seguido das restaurações em resina composta, mesmo com diferença no grau de severidade entre os casos. Quando questionados sobre qual estratégia restauradora escolheriam se pudessem ter livre escolha, as restaurações indiretas foram predominantes no caso 1 e as restaurações diretas em resina, no caso 2. Os resultados obtidos não foram compatíveis com estudos anteriores (HUSSEIN, et al., 2014; KOPPERUD, et al., 2017; SERNA-MUÑOZ et al., 2020; WALL e LEITH, 2020), cujas respostas mais prevalentes na livre-escolha foram o cimento de ionômero de vidro e em segundo a resina composta. Porém, esses resultados foram compatíveis com os desafios mais encontrados pelos dentistas ao atender pacientes com HMI.

É preciso discutir as melhores opções de tratamento restaurador para primeiros molares permanentes jovens severamente afetados e sua viabilidade no SUS. De acordo com os princípios da odontologia restauradora, restaurações que envolvem cúspides devem ser realizadas pela técnica indireta para maior longevidade (CONCEIÇÃO, 2018), porém, dentes ainda não completamente irrompidos, não atingiram sua oclusão definitiva e possuem câmara pulpar ampla, o que dificulta a execução deste tipo de procedimento restaurador. Além disso, no cenário da saúde pública, restaurações indiretas individualizadas são procedimentos protéticos, necessitando encaminhá-los para a atenção secundária, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Isso tornaria o atendimento excludente devido a baixa cobertura, quando comparada à atenção básica. (BRASIL, 2018a).

O uso de coroas de aço pré-contornadas é um procedimento que pode ser realizado em sessão única na própria unidade básica da ESF com bom custo-benefício (ELHENNAWY, et al, 2017b.). Por essa razão, foram incluídas no questionário como uma das alternativas restauradoras. Dentro do que se esperava, nenhum dentista apontou seu uso como opção de restauradora disponível na ESF, para nenhum dos dois casos. Entretanto, como opção de livre escolha, 40 dentistas escolheriam a coroa de aço para o caso 1 e 9 dentistas, para o caso 2, correspondendo a pouco mais de 16%. Após a apresentação da Hall Technique (INNES et al., 2006) e sua adaptação em um primeiro molar permanente severamente hipomineralizado,

mais da metade da amostra indicaria a Hall Technique para casos de HMI severa, apesar de quase a totalidade dos dentistas relataram nunca ter empregado a Hall Technique.

Para o caso 3, o flúor tópico foi a escolha mais frequente dentre as opções disponíveis na ESF e dentre as opções de livre escolha. Os resultados obtidos foram compatíveis com estudos anteriores (HUSSEIN, et al., 2014; KOPPERUD, et al., 2017; CRAVEIA, et al., 2020) quanto à escolha de tratamento preventivo.

Com o aumento da severidade da HMI, ocorreram mais diferenças entre a escolha de tratamento disponível na ESF e as opções de livre escolha dos dentistas. Observou-se que mais da metade dos profissionais indicaram procedimentos mais complexos do que aqueles disponíveis na ESF para o caso 1 e em cerca de 40% para o caso 2. Os dados sugerem que os dentistas da ESF gostariam de ter acesso a outras opções de tratamento e essa questão deve ser levada à discussão com os gestores, de modo a buscar alternativas que tenham expectativa de maior longevidade; bom custo-benefício; e que façam parte dos procedimentos incluídos na atenção básica. Desse modo, é preciso definir a melhor abordagem para os pacientes afetados por HMI, respeitando as particularidades de cada município.

Além do mais, 74,0% concordam que molares severamente hipomineralizados e 81,9% concordam que incisivos acometidos por opacidades demarcadas por HMI tem impacto negativo na sua qualidade de vida. Esses dados são compatíveis com estudos anteriores que afirmaram que pacientes com os dentes anteriores afetados que necessitavam de intervenções estéticas foram mais associados a um pior bem-estar sócio emocional (HASMUN, et al., 2020). Apesar dos dados prévios, a escolha de tratamento para intervenção estética de incisivos com opacidades demarcadas não foi incluída devido aos tratamentos estéticos estarem fora da alçada da atenção básica (BRASIL, 2018a)

Quanto aos resultados de análises inferenciais, as variáveis "sexo" e "área de titulação" mostraram associação significativa com os escores obtidos da "Escala de percepção da HMI como problema clínico" em uma análise bivariada. Constatou-se que a maior percepção ocorreu entre dentistas com pós-graduação em Odontopediatria e entre dentistas atuantes da "Região Serrana", que tiveram escores médios significativamente mais altos na escala do que os demais.

Como a HMI e suas implicações afetam as crianças, seria esperado que os odontopediatras tivessem uma maior percepção do problema. Contudo, a representatividade dos odontopediatras foi pouco expressiva, com 8% da amostra e quase a totalidade desses

profissionais são do sexo feminino. Já a significância da "Região Serrana" pode ser explicada devido à realização de um levantamento epidemiológico de HMI entre as crianças de regiões assistidas pela ESF em um dos municípios dessa região (Petrópolis) há menos de 3 anos. Durante a coleta de dados, realizada pelo grupo da Pós-graduação em Odontopediatria da UERJ, os dentistas da ESF acabaram se envolvendo, direta e indiretamente, dando suporte à equipe de pesquisa, o que justificaria maior percepção entre esses dentistas.

CONCLUSÃO

A análise das respostas do questionário permitiu constatar que a maior parte dos dentistas se depara com a HMI com relativa frequência, observa implicações clínicas relevantes, compreende que se deve ter um olhar diferenciado sobre a condição e concorda que a HMI impacta negativamente na qualidade de vida das crianças. A principal limitação do presente estudo está no fato dos dados se restringirem ao interior do estado do Rio de Janeiro. Devido à falta de validade externa, os resultados do estudo não podem ser extrapolados para outras regiões do país. Futuros estudos poderiam aplicar o questionário validado em outras regiões do país para que se obtenha um panorama mais abrangente sobre a percepção e o manejo da HMI no âmbito da ESF em todo o Brasil.

Dada a necessidade de se definir protocolos de conduta para molares severamente afetados que sejam resolutivos e práticos, estudos clínicos sobre a efetividade das coroas de aço empregando uma adaptação da *Hall Technique* são desejáveis.

As informações referentes ao interesse dos dentistas em obter mais informações sobre HMI, indica que o desenvolvimento de atividades de educação permanente para a SUS sobre o tema e a criação de um canal de comunicação com os docentes da FO/UERJ, por meio de um aplicativo, podem beneficiar a assistência odontológica dos pacientes com HMI no âmbito da ESF. Desse modo, os desdobramentos futuros do estudo objetivam reduzir a distância entre o conhecimento produzido no ambiente acadêmico e o dentista clínico, buscando eficiência, redução de custos e satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

- AERA, A. E. R. A.; APA, A. P. A.; NCME, N. C. ON M. IN E. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washigton, DC: American Educational Research Association, 2014. 230 p.
- ALALUUSUA, S. Aetiology of Molar-Incisor Hypomineralisation: A systematic review. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 11, n. 2, p. 53–58, 2010.
- ALANZI, A. et al. Dentists' perception, knowledge, and clinical management of molar-incisor-hypomineralisation in Kuwait: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018.
- ALIFAKIOTI, E. et al. Structural and chemical enamel characteristics of hypomineralised second primary molars. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 22, n. 3, p. 361-366, 2020.
- AMERICANO, G. C. A. et al. A systematic review on the association between molar incisor hypomineralization and dental caries. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 27, n. 1, p. 11–21, 2017.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. «IDHM Municípios 2010». Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>>. Acesso em: 22 set. 2020.
- BEENTJES, V. E. V. M.; WEERHEIJM, K. L.; GROEN, H. J. Factors involved in the aetiology of molar-incisor hypomineralisation (MIH). *Eur. J. Paediatr. Dent.*, v. 3, n. 1, p. 9–13, 2002.
- BEKES, K. et al. Changes in oral health-related quality of life after treatment of hypersensitive molar incisor hypomineralization – affected molars with a sealing. *Clin. Oral Invest.*, v. 25, n. 11, p. 6449-6454, 2021.
- BOZAL, C. B. et al. Ultrastructure of the surface of dental enamel with molar incisor hypomineralization (MIH) with and without acid etching. *Acta odontologica latinoamericana : AOL*, v. 28, n. 2, p. 192–198, 2015.
- BRASIL. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* [recurso eletrônico]. Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção à Saúde, Departamento De Atenção Básica, Coordenação Nacional De Saúde Bucal, Brasília, DF. 2004a.
- _____. *Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990.
- _____. *Portaria Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004b.

_____. *Portaria Nº 4.236, Em 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017.

_____. *Portaria Nº 4.279, DE 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais (SB BRASIL 2010)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2012.

_____. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2018b.

_____. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde* [recurso eletrônico].: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 1. ed. Brasília, DF, 2018a.

BUSSANELI, D. G. et al. Genes Regulating Immune Response and Amelogenesis Interact in Increasing the Susceptibility to Molar-Incisor Hypomineralization. *Caries Res.*, v. 53, n. 2, p. 217–227, 2019.

CABRAL, R. N. et al. Reliability and validity of a new classification of MIH based on severity. *Clin. Oral Invest.*, v. 24, n. 2, p. 727–734, 2020.

CRAVEIA, J. et al. Knowledge and management of first permanent molars with enamel hypomineralization among dentists and orthodontists. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, v. 44, n. 1, p. 20–27, 2020.

CICCHETTI, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, v. 6, n. 4, p. 284–290, 1994.

COSTA, F. S. et al. Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 60, p. 1–7, 2017.

CONCEIÇÃO, E. *Dentística: Saúde e estética*. 3. ed., São Paulo: Quintessence, 2018. 636 p.

CROMBIE, F. A. et al. Molar incisor hypomineralization: A survey of members of the Australian and New Zealand society of paediatric dentistry. *Austr. Dent. J.*, v. 53, n. 2, p. 160–166, 2008.

_____, F.; MANTON, D.; KILPATRICK, N. Aetiology of molar-incisor hypomineralization: a critical review. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 19, n. 2, p. 73–83, 2009.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297–334, 1951.

DA CUNHA COELHO, A. S. E. et al. Dental hypomineralization treatment: A systematic review. *J. Est. Rest. Dent.*, v. 31, n. 1, p. 26–39, 2019.

DANTAS-NETA, N. B. et al. Impact of molar-incisor hypomineralization on oral health-related quality of life in schoolchildren. *Braz. Oral Res.*, v. 30, n. 1, p. 1-10, 2016.

DIAGO, A. M. D. et al. Hypersensitivity in molar incisor hypomineralization: Superficial infiltration treatment. *Appl. Sci.*, v. 11, n. 4, p. 1–7, 2021.

DISCEPOLO, K.; SULTAN, M. Investigation of adult stainless steel crown longevity as an interim restoration in pediatric patients. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.*, v. 27, n. 4, p. 247-254, 2016.

ELFRINK, M. E. C. et al. Deciduous molar hypomineralization and molar incisor hypomineralization. *J. Dent. Res.*, v. 91, n. 6, p. 551–555, 2012.

ELHENNAWY, K. et al. Managing molars with severe molar-incisor hypomineralization: A cost-effectiveness analysis within German healthcare. *Journal of Dentistry*, v. 63, p. 65–71. 2017b.

_____, K. et al. Structural, mechanical and chemical evaluation of molar-incisor hypomineralization-affected enamel: A systematic review. *Arch. Oral Biol.*, v. 83, p. 272–281, 2017a.

_____, K.; SCHWENDICKE, F. Managing molar-incisor hypomineralization: A systematic review. *Journal of Dentistry*, v. 55, p. 16–24, 2016.

ELLWOOD, R. P.; MULLANE, D. O. The Association Between Developmental Enamel Defects and Caries in Populations with and without Fluoride in Their Drinking Water. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 56, n. 2, p. 76–80, 1996.

FARAH, R. et al. Linking the clinical presentation of molar-incisor hypomineralisation to its mineral density. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 20, n. 5, p. 353–360, 2010.

FATTURI, A. L. et al. A systematic review and meta-analysis of systemic exposure associated with Molar Incisor Hypomineralization. *Community Dent. and Oral Epidemiol.*, v. 47, n. 5, p. 407–415, 2019.

FLEXEDER, C.; HASSAN, K.; SCHULZ, H. Is There an Association between Asthma and Dental Caries and Molar Incisor Hypomineralisation? *Caries Res.*, v. 54, n. 1, p. 87-95, 2020.

FÜTTERER, J. et al. Influence of customized therapy for molar incisor hypomineralization on children's oral hygiene and quality of life. *Clin. Exp. Dent. Res.*, v. 6, n. 1, p. 33–43, 2019.

GAMBETTA-TESSINI K, et al. Knowledge, experience and perceptions regarding Molar-Incisor Hypomineralisation (MIH) amongst Australian and Chilean public oral health care practitioners. *BMC Oral Health*. v. 16, n. 1, p. 1–9, 2016.

GAMBOA, G. C. S. et al. Knowledge, perceptions, and clinical experiences on molar incisor hypomineralization among dental care providers in Hong Kong. *BMC Oral Health*, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.

GAROT, E. et al. Are hypomineralised lesions on second primary molars (HSPM) a predictive sign of molar incisor hypomineralisation (MIH)? A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 72, p. 8–13, 2018.

GHANIM, A. M. et al. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 18, n. 4, p. 225–242, 2017.

_____, A. M. et al. Trends of oral health care and dental treatment needs in relation to molar incisor hypomineralisation defects: A study amongst a group of Iraqi schoolchildren. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 13, n. 4, p. 171–178, 2012.

GUSTAFSSON, A. et al. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 20, p. 242–253, 2010.

HASMUN, N. et al. Determinants of children's oral health-related quality of life following aesthetic treatment of enamel opacities. *Journal of Dentistry*, v. 98, p. 1-8, 2020.

HERNANDEZ-NIETO, R. A. *Contribuciones Al Analisis Estadistico: The Coefficients of Proportional Variance, Content Validity and Kappa*. Mérida, Venezuela: Createspace Independent Pub, 2002. 228 p.

HUSSEIN, A. S. et al. Knowledge, management and perceived barriers to treatment of molar-incisor hypomineralisation in general dental practitioners and dental nurses in Malaysia. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 15, n. 5, p. 301–307, 2014.

IBGE. *Estimativas da população residente no brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2020*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>>. Acesso em: 21 set. 2020.

INNES, N. P. T. et al. A novel technique using preformed metal crowns for managing carious primary molars in general practice — A retrospective analysis. *Brit. Dent. J.*, v. 200, n. 8, p. 451–454, 2006.

JALEVIK, B.; DIETZ, W.; NOREN, J. G. Scanning electron micrograph analysis of hypomineralized enamel in permanent first molars. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 15, n. 4, p. 233–240, 2005.

_____, B. et al. Secondary ion mass spectrometry and X-ray microanalysis of hypomineralized enamel in human permanent first molars. *Arch. Oral Biol.*, v. 46, p. 239–247, 2001.

_____, B.; KLINGBERG, G. A. Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 12, n. 1, p. 24–32, 2002.

_____, B.; NORÉN, J. G. Enamel hypomineralization of permanent first molars: a morphological study and survey of possible aetiological factors. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 10, n. 4, p. 278–289, 2000.

_____, B.; SABEL, N.; ROBERTSON, A. Can molar incisor hypomineralization cause dental fear and anxiety or influence the oral health - related quality of life in children and

adolescents?— a systematic review. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 23, n. 1, p. 65-78, 2021.

JEREMIAS, F. et al. Dental caries experience and Molar-Incisor Hypomineralization. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 71, n. 3–4, p. 870–876, 2013.

_____, F. et al. Family-Based Genetic Association for Molar-Incisor Hypomineralization. *Caries Res.*, v. 50, n. 3, p. 310–318, 2016.

KAY, E.; LOCKER, D. Variations in restorative treatment decisions: an international comparison. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 24, n. 6, p. 376–379, 1996.

KEVREKIDOU, A. et al. Enamel opacities in all other than Molar Incisor Hypomineralisation index teeth of adolescents. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 31, n. 2, p. 270-277, 2020.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear / anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents : a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 17, n. 6, p. 391- 406, 2007.

KOPPERUD, S. E.; PEDERSEN, C. G.; ESPELID, I. Treatment decisions on Molar-Incisor Hypomineralization (MIH) by Norwegian dentists - a questionnaire study. *BMC Oral Health*, v. 17, n. 1, p. 1–7, 2016.

KOSMA, I. et al. Molar incisor hypomineralisation (MIH): correlation with dental caries and dental fear. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 17, n. 2, p. 123–129, 2016.

KOTSANOS, N.; KAKLAMANOS, E. G.; ARAPOSTATHIS, K. Treatment management of first permanent molars in children with Molar-Incisor Hypomineralisation. *Eur. J. Paediatr. Dent.*, v. 6, n. 4, p. 179-184, 2005.

KRISHNAN, R.; RAMESH, M. Molar incisor hypomineralisation: A review of its current concepts and management. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*, v. 5, n. 4, p. 248–248, 2014.

KÜHNISCH, J. et al. Relationship between caries experience and demarcated hypomineralised lesions (including MIH) in the permanent dentition of 15-year-olds. *Clin. Oral Invest.*, v. 22, n. 5, p. 2013–2019, 2018.

LAGARDE, M. et al. Strategies to optimize bonding of adhesive materials to molar-incisor hypomineralization-affected enamel: A systematic review. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 30, n. 4, p. 405–420, 2020.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data Data for Categorical of Observer Agreement the Measurement. *International Biometric Society*, v. 33, n. 1, p. 159–174, 1977.

LAUREANO, I. C. C. et al. Dental fear in children: Association with dental caries and molar incisor hypomineralization. *Braz. Dent. J.*, v. 31, n. 6, p. 673–679, 2020.

LEPPÄNIEMI, A.; LUKINMAA, P. L.; ALALUUSUA, S. Nonfluoride Hypomineralizations in the Permanent First Molars and Their Impact on the Treatment Need. *Caries Res.*, v. 35, n.

1, p. 36–40, 2001.

LYGIDAKIS, N. A. et al. Best Clinical Practice Guidance for clinicians dealing with children presenting with Molar-Incisor-Hypomineralisation (MIH): An EAPD Policy Document. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 11, n. 2, p. 75–81, 2010.

MATHU-MUJU, K.; WRIGHT, J. T. Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. *Compendium of continuing education in dentistry*, v. 27, n. 11, p. 604–610, 2006.

MCKNIGHT-HANES, C. et al. A comparison of general dentists' and pediatric dentists' treatment recommendations for primary teeth. *Pediatr. Dent.*, v. 13, n. 6, p. 344–348, 1991.

MENDES, E., As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297- 2305, 2010.

MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L.; TETU, M. S. *Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica*. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 128 p.

NEGRE-BARBER, A. et al. Degree of severity of molar incisor hypomineralization and its relation to dental caries. *Scientific Reports*, v. 8, n. 1, p. 1–7, 2018.

NEVES, A. B. et al. Breakdown of demarcated opacities related to molar-incisor hypomineralization: a longitudinal study. *Clin. Oral Invest.*, v. 23, n. 2, p. 611–615, 2018.

OH, N. et al. Retrospective Study on the Survival Rate of Preformed Metal Crowns in Permanent First Molars. *J. Korean Acad. Pediatr. Dent.*, v. 47, n. 2, p. 140–147, 2020.

ÖZÜKOÇ, C. Evaluation of the relationship between MIH severity and dental fear among the children. *Medical Science and Discovery*, v. 6, n. 10, p. 284–287, 2019.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 206–213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, p. 992–999, 2009.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: Teoria e prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 616 p.

RAMOS-JORGE, M. L. et al. Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 7, n. 4, p. 253–257, 2006.

RANDALL, R. C.; PHIL, M. Preformed metal crowns for primary and permanent molar teeth : review of the literature. *Pediatr. Dent.*, v. 24, n. 5, p. 489–500, 2002.

RAPOSO, F. et al. Prevalence of Hypersensitivity in Teeth Affected by Molar-Incisor Hypomineralization (MIH). *Caries Res.*, v. 53, n. 4, p. 424–430, 2019.

REYES, M. R. T. et al. Demarcated opacity in primary teeth increases the prevalence of molar incisor hypomineralization. *Braz. Oral Res.*, v. 33, p. 1-9, 2019.

RODD, H. D.; BOISSONADE, F. M.; DAY, P. F. Pulpal Status of Hypomineralized Permanent Molars. *Pediatr. Dent.*, v. 30, n. 6, p. 507–513, 2007.

_____, H. D. et al. Pulpal expression of TRPV1 in Molar Incisor Hypomineralization. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 8, n. 4, p. 184–188, 2007.

SCHEFFEL, D. L. S. et al. Esthetic dental anomalies as motive for bullying in schoolchildren. *Eur. J. Dent.*, v. 8, n. 1, p. 124–128, 2014.

SCHMALFUSS, A. et al. Canines are affected in 16-year-olds with molar–incisor hypomineralisation (MIH): an epidemiological study based on the Tromsø study: “Fit Futures”. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 17, n. 2, p. 107–113, 2016.

SERNA-MUÑOZ, C. et al. Perception, knowledge, and attitudes towards molar incisor hypomineralization among Spanish dentists: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2020.

SILVA, F. M. F. DA et al. Defining the Prevalence of Molar Incisor Hypomineralization in Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 20, p. 1-7, 2020.

SILVA, M. J. et al. Etiology of molar incisor hypomineralization - A systematic review. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 44, n. 4, p. 342–353, 2016.

SOMANI, C. et al. An update of treatment modalities in children and adolescents with teeth affected by molar incisor hypomineralisation (MIH): a systematic review. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 23, n. 1, p. 39-64, 2021.

UPADHYAY S, et al. Perception of Indian Dental Surgeons regarding Molar Incisor Hypomineralization. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* v. 11, n. 2, p.116–121, 2018.

VARGAS-FERREIRA, F. et al. Association between developmental defects of enamel and dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 43, n. 6, p. 619–628, 2015.

VIEIRA, A. R.; KUP, E. On the Etiology of Molar-Incisor Hypomineralization. *Caries Res.*, v. 50, n. 2, p. 166–169, 2016.

VLACHOU, C.; ARHAKIS, A.; KOTSANOS, N. Distribution and morphology of enamel hypomineralisation defects in second primary molars. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 22, n. 2, p. 241-246, 2020.

WALL, A.; LEITH, R. A questionnaire study on perception and clinical management of molar incisor hypomineralisation (MIH) by Irish dentists. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, v. 21, n. 6, p. 703-710, 2020.

WEERHEIJM, K. L. et al. Judgement criteria for Molar Incisor Hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: A summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. *Eur. J. Paediatr Dent*, v. 4, n. 3, p. 110–113, 2003.

_____, K. L.; JÄLEVIK, B.; ALALUUSUA, S. Molar-Incisor Hypomineralisation. *Caries Res.*, Vol. 35, n. 5, p. 390–391, 2001.

WUOLLET, E. et al. The Association between Molar-Incisor Hypomineralization and Dental Caries with Socioeconomic Status as an Explanatory Variable in a Group of Finnish Children. *IJERPH*, v. 15, n. 7, 2018.

YANG, Z. et al. Arginine-containing desensitizing toothpaste for the treatment of dentin hypersensitivity: a meta-analysis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, v. 8, p. 1–14, 2016.

ZAGDWON, A. M.; FAYLE, S. A.; POLLARD, M. A. A prospective clinical trial comparing preformed metal crowns and cast restorations for defective first permanent molars. *Eur. J. Paediatr. Dent.*, v. 4, n. 3, p. 138–142, 2003.

ZHAO, D. et al. The prevalence of Molar Incisor Hypomineralization: evidence from 70 studies. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 28, n. 2, p. 170–179, 2018.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

“Percepção e experiência de cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo”.

DIMENSÃO 1: Dados sócio-demográficos

1.1- Você é do sexo feminino ou masculino?

1. Feminino.
2. Masculino.
3. Prefiro não informar.

1.2- Quantos anos de formado em Odontologia?

1.3- Qual seu nível de qualificação em Odontologia? (Você pode marcar mais de uma opção)

1. Graduação
2. Especialização em Odontopediatria
3. Especialização em Saúde da Família
4. Outras especializações
5. Cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado)

1.4- Quanto tempo de atuação como dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

1. Menos de 1 ano
2. 1 a 5 anos.
3. 6 a 10 anos.
4. Mais de 10 anos.

1.5- Quanto tempo de atuação como dentista da ESF em sua atual equipe de Saúde Bucal (ESB)?

1. Menos de 1 ano.
2. 1 a 5 anos.
3. 6 a 10 anos.
4. Mais de 10 anos.

1.6- Você atua em qual região de saúde do estado do Rio de Janeiro?

1. Baía da Ilha Grande (Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty).
2. Baixada Litorânea (Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema).
3. Centro-Sul (Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras).
4. Médio Paraíba (Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda).
5. Metropolitana I (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica).
6. Metropolitana II (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá).
7. Noroeste (Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai).
8. Norte (Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra).
9. Serrana (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes).

1.7- Quantos habitantes tem o município onde você atua como dentista da ESF?

1. Até 20.000 habitantes.
2. > 20.000 e \leq 40.000 habitantes.
3. > 40.000 e \leq 100.000 habitantes.
4. > 100.000 e \leq 400.000 habitantes.
5. > 400.000 habitantes.
6. Não sei afirmar.

1.8- Quantos usuários são assistidos pela sua equipe de Saúde Bucal (eSB)?

1. Até 1500 usuários.
2. > 1500 usuários e \leq 2500 usuários.
3. > 2500 usuários e \leq 3500 usuários.
4. > 3500 usuários.
5. Não sei afirmar.

1.9- A sua eSB é da Modalidade I (CD + ASB ou TSB) ou Modalidade II (CD + TSB + ASB)?




1. Modalidade I
2. Modalidade II

1.10- Na sua rotina como dentista da ESF, você faz quantos atendimentos individuais de crianças no consultório odontológico?

1. Raramente (1 criança ou menos por semana).
2. Com relativa frequência (até 5 crianças por semana).
3. Frequentemente (de 6 a 10 crianças por semana).
4. Muito frequentemente (mais do que 10 crianças por semana).
5. Não sei afirmar.

DIMENSÃO 2: Experiência clínica com HMI

As figuras 1a, 1b e 1c mostram três pacientes com Hipomineralização Molar Incisivo (HMI) leve (Figura 1a), moderada (Figura 1b) e severa (Figura 1c). A HMI foi descrita em 2001 como um defeito de esmalte que afeta primeiros molares permanentes, podendo acometer também incisivos permanentes. As opacidades branco-creme ou amarelo-amarronzadas podem fraturar, expor dentina e facilitar a ocorrência de lesões cariosas.

		
<p>Figura 1a: HMI leve, somente opacidade.</p>	<p>Figura 1b: HMI moderada, opacidade e fratura restrita ao esmalte.</p>	<p>Figura 1c: HMI severa, opacidade, fratura expondo dentina e restaurações atípicas.</p>

Considerando as imagens e a descrição de HMI acima, responda às 2 questões a seguir:

2.1- Com que frequência você recebe pacientes com HMI na sua rotina como dentista da ESF?

1. Raramente (1 vez ou menos a cada seis meses).
2. Com relativa frequência (2 a 5 vezes a cada seis meses).
3. Frequentemente (1 vez por mês).
4. Com muita frequência (2 ou mais vezes por mês).
5. Não sei afirmar.

2.2- Na sua percepção, esta frequência aumentou durante o seu tempo de trabalho como dentista da ESF?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

A Figura 2 mostra o dente 16 de um paciente de 8 anos de idade com HMI severa, com fraturas expondo dentina e lesão cariosa. Não há sinais ou sintomas sugestivos de comprometimento pulpar.



Figura 2: Dente 16 com Hipomineralização do esmalte, fratura expondo dentina e lesão cariosa.

Considerando essa imagem e a descrição de HMI severa, responda às 2 questões a seguir:

2.3- Considerando as alternativas de materiais restauradores disponíveis em sua unidade de ESF, qual você usaria nesse dente?

1. Amálgama.
2. Resina composta direta.
3. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
4. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
5. Cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
6. Cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.

7. Coroa de aço inoxidável pré-fabricada.
8. Restauração indireta em resina, cerômero, porcelana ou similar.
9. Restauração indireta metálica.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

2.4- Se você pudesse escolher qualquer material restaurador, qual você usaria nesse dente?

1. Amálgama.
2. Resina composta direta.
3. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
4. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
5. Cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
6. Cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.
7. Coroa de aço inoxidável pré-fabricada.
8. Restauração indireta em resina, cerômero, porcelana ou similar.
9. Restauração indireta metálica.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

A Figura 3 mostra o dente 36 de um paciente de 7 anos de idade com HMI severa, com fraturas expondo dentina e lesão cariosa. Não há sinais ou sintomas sugestivos de comprometimento pulpar.



Figura 3: Dente 36 com hipomineralização do esmalte, fratura expondo dentina e lesão cariosa.

Considerando essa imagem e a descrição de HMI severa, responda às 2 questões a seguir:

2.5- Considerando as alternativas de materiais restauradores disponíveis em sua unidade de ESF, qual você usaria nesse dente?

1. Amálgama.
2. Resina composta direta.
3. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
4. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
5. Cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
6. Cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.
7. Coroa de aço inoxidável pré-fabricada.
8. Restauração indireta em resina, cerômero, porcelana ou similar.
9. Restauração indireta metálica.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

2.6- Se você pudesse escolher qualquer material restaurador, qual você usaria nesse dente?

1. Amálgama.
2. Resina composta direta.
3. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
4. Cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
5. Cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
6. Cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.
7. Coroa de aço inoxidável pré-fabricada.
8. Restauração indireta em resina, cerômero, porcelana ou similar.
9. Restauração indireta metálica.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

Observe as duas sequências de fotografias abaixo:

A sequência de figuras 4a a 4f mostra a ‘Hall Technique’¹ que pressupõe a restauração de molares decíduos cariados com coroa de aço sem realizar nenhum preparo do dente com broca.



¹ Innes et al. The Hall Technique: a minimal intervention and child friendly approach to managing the carious primary molar. A Users Manual. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Hall_Technique. Fonte das figuras 4a-f: Innes et al.¹.

Vantagens: não necessita de anestesia local, é rápida e de baixo custo.

Desvantagens: estética desfavorável, causar mordida aberta transitória já que não se faz rebaixamento oclusal no dente.

A sequência 4g a 4i mostra a ‘Hall Technique’ sendo aplicada a um primeiro molar permanente hipomineralizado de uma criança de 7 anos de idade.



Fonte das figuras 4g-i: arquivo pessoal.

Considerando as imagens e a descrição da técnica de ‘Hall Technique’ acima, responda as 2 questões a seguir:

2.7- Você já utilizou a ‘Hall Technique’?

1. Sim, já utilizei
2. Não, nunca utilizei.
3. Não sei afirmar.

2.8- Você indicaria a ‘Hall Technique’ para casos de 1ºs molares permanentes com HMI severa?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

A Figura 5 mostra o dente 16 de um paciente de 7 anos de idade com HMI. O dente apresenta opacidades demarcadas branco-creme e amarelo-amarronzada acometendo as faces vestibular, oclusal e lingual.

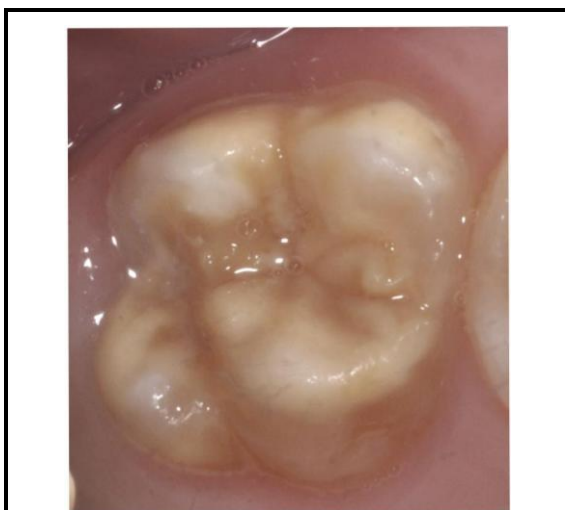


Figura 5: Dente 16 com hipomineralização do esmalte, representada por opacidades branco-cremes e amarelo-amarronzadas.

Considerando essa imagem e a descrição de HMI leve, responda às 2 questões a seguir:

2.9- Considerando as alternativas de materiais preventivos disponíveis em sua unidade de ESF, qual você usaria nesse dente?

1. Acompanhamento periódico.
2. Aplicação de flúor gel.
3. Aplicação de flúor em verniz.

4. Aplicação de caseína fosfato de cálcio amorfo (CPP-ACP).
5. Selante resinoso.
6. Selante com cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
7. Selante com cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
8. Selante com cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
9. Selante com cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

2.10- Se você pudesse escolher qualquer material preventivo, qual você usaria nesse dente?

1. Acompanhamento periódico.
2. Aplicação de flúor gel.
3. Aplicação de flúor em verniz.
4. Aplicação de caseína fosfato de cálcio amorfo (CPP-ACP).
5. Selante resinoso.
6. Selante com cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável auto-polimerizável.
7. Selante com cimento de ionômero de vidro pó/líquido espatulável fotopolimerizável.
8. Selante com cimento de ionômero de vidro encapsulado auto-polimerizável.
9. Selante com cimento de ionômero de vidro encapsulado fotopolimerizável.
10. Outro(s).

Se respondeu “outro(s)”, por favor, descreva o(s) material(is) que você usaria:

2.11- Durante o tratamento restaurador de primeiros molares permanentes afetados por HMI severa, indique se percebeu os desafios abaixo:

“Dificuldade de lidar com o comportamento da criança que costuma apresentar mais medo e ansiedade do que outras crianças sem o mesmo problema.”

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

2.12-“Dificuldade de obter boa anestesia local porque os dentes são hipersensíveis.”

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

2.13-“Dificuldade por ter que restaurar dentes parcialmente irrompidos”

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

2.14-“As restaurações quebram ou apresentam falhas com frequência.”

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

2.15- Leia a afirmativa a seguir: “Primeiros molares permanentes afetados por HMI severa causam dor, comprometem a função e impactam negativamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes”. Pela sua percepção, indique o quanto você concorda ou discorda:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo.
3. Nem discordo, nem concordo.
4. Concordo.
5. Concordo totalmente.

2.16- Leia a afirmativa a seguir: “Opacidades demarcadas nos incisivos permanentes afetam a autoestima e impactam negativamente na qualidade de vida de crianças e adolescentes”. Indique o quanto você concorda ou discorda:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo.
3. Nem discordo, nem concordo.
4. Concordo.
5. Concordo totalmente.

DIMENSÃO 3: Educação permanente na ESF

3.1- Você já teve acesso à algum material didático referente ao tema HMI, tais como aulas, palestras, eventos ou outros conteúdos científicos?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

3.2- Nas atividades de educação permanente da ESF onde você atua, o tema HMI já foi abordado?

1. Sim.

2. Não.
3. Não sei afirmar.

3.3- Você entende como importante abordar o tema HMI nas atividades de educação permanente?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei afirmar.

3.4- Quais assuntos você gostaria que fossem abordados sobre o tema HMI nas atividades de educação permanente? (você pode marcar mais de uma opção)

1. Não vejo necessidade de abordar este tema.
2. Diagnóstico da HMI.
3. Etiologia da HMI.
4. Tratamento preventivo para molares com hipomineralização do esmalte.
5. Tratamento restaurador para molares com hipomineralização do esmalte.
6. Tratamento estético de incisivos com hipomineralização do esmalte.
7. Especificamente a Hall Technique.
8. Outros.

3.5- Como você gostaria que fosse abordado o tema HMI nas atividades de educação permanente (você pode marcar mais de uma opção)?

1. Não tenho interesse no tema.
2. Seleção de artigos científicos sobre o tema enviados por e-mail ou disponíveis um armazenamento eletrônico - drive.
3. Curso teórico e/ou prático online, em tempo real, com possibilidade de interação imediata com o palestrante.
4. Curso teórico e/ou prático online disponível para acesso a qualquer momento, sem interação com o palestrante.
5. Curso teórico e/ou prático presencial oferecido no município onde você atua como CD da eSF.
6. Curso teórico e/ou prático presencial oferecido na Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

3.6- Leia a afirmativa a seguir: "A HMI deveria constar na ficha de atendimento odontológico individual (e-SUS/SISAB ou sistema similar) como campo de registro obrigatório de vigilância em saúde bucal". Indique o quanto você concorda ou discorda:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo.
3. Nem discordo, nem concordo.
4. Concordo.
5. Concordo totalmente.

3.7- Leia a afirmativa a seguir: “Um canal de comunicação com professores da FOUERJ para discutir diagnóstico e plano de tratamento de pacientes com HMI contribuiria positivamente para a minha prática clínica como dentista da ESF”. Indique o quanto você concorda ou discorda:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo.
3. Nem discordo, nem concordo.
4. Concordo.
5. Concordo totalmente.

3.8- Na hipótese futura da realização de um estudo clínico utilizando a ‘Hall Technique’ em molares permanentes com HMI, você teria interesse em ser um operador clínico? Se sim, informe seu email para contato.

1. Sim.
2. Não.

E-mail para contato: _____

APÊNDICE B - Sistema de atribuição dos escores às respostas do questionário

DIMENSÃO 2				
Item	Opções de resposta	Escore	Escore mínimo	Escore máximo
2.1	Nunca	0		
	Raramente	0		
	Com relativa frequência	1		
	Frequentemente	2		
	Muito frequentemente	2	0	2
2.2	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
2.3 e 2.4	Respostas iguais	0		
	Respostas diferentes	2	0	2
2.5 e 2.6	Respostas iguais	0		
	Respostas diferentes	2	0	2
2.8	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
2.9 e 2.10	Respostas iguais	0		
	Respostas diferentes	2	0	2
2.11	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
2.12	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2

2.13	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
2.14	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
2.15	Discordo totalmente	0		
	Discordo	0		
	Nem discordo, nem concordo	1		
	Concordo	2		
	Concordo totalmente	2	0	2
2.16	Discordo totalmente	0		
	Discordo	0		
	Nem discordo, nem concordo	1		
	Concordo	2		
	Concordo totalmente	2	0	2
Total Dimensão 2			0	24

DIMENSÃO 3

Item	Opções de resposta	Escore	Escore mínimo	Escore máximo
3.1	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
3.2	Não sei	0		
	Não	0		
	Sim	2	0	2
3.3	Não sei	0		
	Não	0		

	Sim	2	0	2
3.4	Nenhum	0		
	De 1 a 3 temas	2		
	4 temas ou mais	4	0	2
3.6	Discordo totalmente	0		
	Discordo	0		
	Nem discordo, nem concordo	1		
	Concordo	2		
	Concordo totalmente	2	0	2
3.7	Discordo totalmente	0		
	Discordo	0		
	Nem discordo, nem concordo	1		
	Concordo	2		
	Concordo totalmente	2	0	2
Total Dimensão 3			0	12
TOTAL Dimensão 2 + Dimensão 3			0	36

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MAIORES DE IDADE**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa denominada “Percepção e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo”, realizada no âmbito do programa de Pós-Graduação em Odontologia, com concentração em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e que diz respeito a uma dissertação de mestrado acadêmico.

1. OBJETIVO: O objetivo do estudo é avaliar a percepção e a experiência de cirurgiões-dentistas das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo (HMI).

2. PROCEDIMENTOS: a sua participação consistirá em: responder a um questionário auto-administrado sobre como você percebe e lida com a Hipomineralização Molar Incisivo (HMI) no seu dia a dia clínico. Será aplicado uma única vez o questionário através da plataforma Google Formulários, software de gerenciamento de pesquisas de uso público, do Google (Google LLC, Mountain View, CA, USA).

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo, isto é, o participante pode apresentar incômodos mínimos, principalmente em relação ao tempo que deverá ser disponibilizado para o preenchimento do questionário auto-administrado. O questionário não afeta a integridade psicológica dos participantes e segue rigorosamente os princípios éticos em pesquisa científica. Objetivando minimizar esses riscos, o participante terá esse incômodo reduzido ao mínimo pois o questionário foi elaborado com perguntas objetivas e com o menor número possível de questões para que não demande muito tempo do voluntário. Por outro lado, são esperados os seguintes benefícios da participação na pesquisa: os participantes poderão receber benefícios a partir do acesso ao relatório sobre a percepção e a experiência dos cirurgiões-dentistas atuantes da Atenção Básica na ESF em relação à HMI; da seleção e organização de material científico para dar suporte a recomendações de condutas clínicas para HMI; e da criação de um canal de comunicação entre a UERJ e os cirurgiões-dentistas do estado do Rio de Janeiro, utilizando ferramentas como Teleodontologia e Telessaúde.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. O (a) pesquisador (a)

responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso ao(a) pesquisador(a) Prof^a Dr^a. Vera Soviero pelo telefone (24) 2235-8534 ou pelo e-mail: verasoviero@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail.: cep@hupe.uerj.br. Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h

CONSENTIMENTO

Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ___/___/___
-------------------------------	-------------------

Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: ___/___/___
---------------------------------	-------------------

ANEXO A - Comprovante de submissão do projeto



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo.

Pesquisador: VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48541921.4.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.868.609

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo registrado do protocolo "Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1571977" e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. A Hipomineralização Molar Incisivo (HMI) é um defeito qualitativo do esmalte dentário que afeta primeiros molares permanentes, frequentemente, associados a incisivos permanentes também afetados. A HMI aumenta a necessidade de intervenções odontológicas em crianças e se configura como um desafio para a prática clínica. Primeiros molares permanentes recém irrompidos podem requerer procedimentos restauradores extensos, com o agravante de que a alta frequência de hipersensibilidade tende a dificultar a obtenção de analgesia local adequada. Além disso, crianças com HMI tendem a apresentar ansiedade dental aumentada dificultando o manejo do comportamento durante o atendimento. O objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção e a experiência dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação à HMI. O estudo tem caráter transversal observacional e será realizado através da aplicação de um questionário autoadministrado. Serão elegíveis para o estudo, todos os cirurgiões-dentistas das equipes de ESF do estado do Rio de Janeiro. O número

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 4.868.609

total de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no estado do Rio de Janeiro é de 1147. A aplicação do questionário será realizada através da plataforma Google Formulários cujo link será enviado por meio eletrônico diretamente aos cirurgiões-dentistas ou através dos apoiadores regionais da ESF. O questionário permanecerá ativo durante um mês. A participação será voluntária mediante consentimento informado. Serão excluídos cirurgiões-dentistas que estejam vinculados à ESF há menos de um ano ou que estejam afastados do trabalho, por condição de saúde ou outras razões, há mais de um ano. O questionário foi elaborado em três dimensões: 1) Dados sociodemográficos; 2) Experiência clínica com HMI; 3) Educação continuada na ESF. As dimensões 2 e 3 passaram, inicialmente, por uma análise qualitativa de linguagem e diagramação. Feitos os ajustes pertinentes, procedeu-se a análise quantitativa através do cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Itens com CVC 0,7 para clareza e pertinência foram considerados satisfatórios e mantidos na versão final do questionário. O resultado final do processo de validação de conteúdo do questionário foi o valor de CVC para a clareza do instrumento igual a 0,90 e de o valor de CVC para a pertinência do instrumento igual a 0,93. O instrumento final foi composto de 35 itens, sendo 10 itens na dimensão 1, 17 itens na dimensão 2 e 8 itens na dimensão 3. Os dados obtidos serão tabulados no programa SPSS versão 25 (IBM Institute Inc. Armonk, NY, EUA). Inicialmente, será realizada uma análise descritiva de frequência e cálculos de médias e medianas. Análises de associação entre variáveis categóricas serão realizadas utilizando o teste Qui-quadrado. Testes não paramétricos, como Mann-Whitney, serão utilizados para testar a associação entre variáveis categóricas e discretas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do trabalho é avaliar a percepção e a experiência de cirurgiões-dentistas das equipes de ESF do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da HMI.

Objetivo Secundário:

O objetivo secundário é levantar a expectativa dos cirurgiões-dentistas da ESF do estado do Rio de

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 4.868.609

Janeiro quanto ao planejamento de ações voltadas à educação continuada para identificar, tratar e monitorar os pacientes com HMI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo, pois o questionário não afeta a integridade psicológica dos participantes e segue rigorosamente os princípios éticos em pesquisa científica. Não haverá, nenhuma identificação individual nos questionários preenchidos e não será possível identificar os participantes ou vincular as respostas individuais a um participante específico. Para evitar qualquer risco de vazamento de informações do participante, ao responder o questionário, os voluntários não serão solicitados a fornecer dados pessoais como nome, endereço, documentos ou qualquer outra informação que permita identificá-lo. Esta pesquisa pode oferecer incômodos mínimos aos participantes principalmente em relação ao tempo que deverá ser disponibilizado para o preenchimento do questionário online. Porém, a metodologia de aplicação favorece que o participante se mantenha confortável e, para reduzir esse incômodo ao mínimo, o questionário foi elaborado com perguntas objetivas e com o menor número possível de questões para que não demande muito tempo do voluntário.

Benefícios:

Os participantes voluntários receberão benefícios indiretos. Os resultados do estudo servirão de base para a elaboração de um relatório com as experiências dos cirurgiões-dentistas em relação à HMI, na perspectiva da ESF. A partir do relatório, demandas dos cirurgiões-dentistas poderão ser atendidas, tais como: aperfeiçoamento do prontuário para registro e acompanhamento periódico dos defeitos de desenvolvimento de esmalte; seleção e organização de material científico para dar suporte a recomendações de condutas clínicas para HMI; estabelecer um canal de comunicação entre a universidade e os cirurgiões-dentistas utilizando ferramentas como Teleodontologia e Telessaúde, que permitam a troca de experiências e a realização de cursos de atualização profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo será baseado na coleta de dados através da aplicação de um questionário auto-

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hup.e.uerj.br



Continuação do Parecer: 4.868.609

administrado pelos cirurgiões-dentistas vinculados à ESF no estado do Rio de Janeiro, de modo a observar os padrões da amostra do estudo e estabelecer o relacionamento entre as variáveis coletadas e o construto do estudo. Por isso, busca-se o desenvolvimento de um instrumento que possa medir o conteúdo de interesse de forma efetiva. Um parâmetro importante para a legitimidade do instrumento. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível. Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Pesquisador:

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 4.868.609

Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1571977.pdf	22/06/2021 13:09:30		Aceito
Outros	Instrumento_coleta_de_dados.pdf	22/06/2021 13:06:10	Thais Aguiar Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE.pdf	22/06/2021 13:00:32	Thais Aguiar Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_Pesquisa_ThaisGomes_verso_final.pdf	04/06/2021 13:11:43	VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO	Aceito
Outros	Declaracao_ciencia_da_Unidade_e_vinculo_pesquisador_principalassinada.pdf	04/06/2021 13:11:00	VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/06/2021 13:10:20	VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO	Aceito
Outros	Declaracao_isencao_custos.pdf	27/05/2021 18:28:13	VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP.pdf	27/05/2021 18:01:28	VERA LIGIA VIEIRA MENDES SOVIERO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 4.868.609

RIO DE JANEIRO, 27 de Julho de 2021

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br

ANEXO B - Carta de anuência



Superintendência de Educação em Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ n° 2.361/2021
Carta em concordância com a Carta n°0212/CONEP/CNS/2010
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES-RJ, em conjunto com a Área Técnica de Saúde Bucal da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SVAPS) da SES-RJ vem por meio desta declarar estar ciente da realização da pesquisa intitulada "Percepção e experiência de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro em relação ao manejo clínico da Hipomineralização Molar Incisivo" sob responsabilidade da pesquisadora Vera Lígia Vieira Mendes Soviero, da instituição: "Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ" a ser realizada nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que a gestão das unidades de saúde da família é de responsabilidade de cada um dos municípios, sendo necessária a anuência dos mesmos.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS n° 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa responsável(is) por sua avaliação. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Rio de Janeiro

Local

27/08/2024

Data

Assinatura do profissional responsável pela Área Técnica na SES-RJ

Nome: RODOLFO WILSON SILVA JUNIOR

Sector: ATSIB / SAPS / SVAPS / SES RJ

ID institucional: 5093030-3

Carina Pacheco Teixeira

Superintendente de Educação em Saúde

Carina Pacheco Teixeira

ID: 5005839