



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
BEATRIZ SANTOS DE ABREU

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC ACERCA DOS REPAROS EM
RESTAURAÇÕES**

Palhoça
2020

BEATRIZ SANTOS DE ABREU

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC ACERCA DOS REPAROS EM
RESTAURAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Odontologia da Universidade do Sul
de Santa Catarina como requisito
parcial à obtenção do título de
bacharel.

Orientador: Prof. Simone Xavier S. Costa, Dra.

Palhoça
2020

BEATRIZ SANTOS DE ABREU

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC ACERCA DOS REPAROS EM
RESTAURAÇÕES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado à obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 09 de dezembro de 2020.

Profa. e orientadora Simone Xavier S. Costa, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profa. Daniela de Rossi Figueiredo, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profa. Marceli Vieira Martins, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico todo esse trabalho
primeiramente a Deus, por ser meu
Norte desde sempre, minha mãe/avó
D. Almeri e aos meus familiares e
amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de concluir essa etapa, à minha família que esteve sempre presente em todos os momentos dessa fase linda da minha vida, principalmente a minha mãe/avó a maravilhosa D. Almeri que é minha maior inspiração de vida e com certeza essa graduação é inteiramente dedicada a ela que tanto fez e faz por mim, minha amiga e parceira de todos momentos Luiza Sena, aos meus professores que tanto me inspiro na área odontológica e pessoal, com destaque para Profa. Flávia Pilatti na qual tive o primeiro contato na faculdade e se tornou uma grande inspiração de mulher dedicada, forte e inteligentíssima, aos demais professores e minha banca querida, Profa. Simone Xavier a melhor orientadora que alguém poderia ter, não é atoa que carrega muitos elogios dos seus alunos, sempre muito atenciosa e calma seja nas orientações ou na clínica, me inspiro em ti desde o nosso primeiro contato lá no início da graduação, Profa. Marceli Martins que também agregou muito para minha formação, sempre alegre e muito empenhada em passar seus conhecimentos aos alunos e por último mas não menos importante Profa. Daniela Rossi que tem um talento indescritível quando o assunto é dar aula, sempre me agregaram muito cada hora contigo e quanto ao pessoal também, tua alma ilumina demais, sou e serei eternamente sua fã.

Fica aqui o meu muito obrigada, com carinho Beatriz Santos de Abreu.

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar” (Josué 1:9)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Divisão em grupos quanto a idade dos cirurgiões-dentistas.....	16
Tabela 2 – Associação entre a variável idade e conhecimento sobre reparo, idade e se realiza o reparo no dia a dia.....	24
Tabela 3 – Divisão em grupos quanto ao tempo de atuação dos dentistas na Odontologia	17
Tabela 4 – Associação entre tempo de atuação da Odontologia com 13 casos clínicos expostos no questionário aplicado aos cirurgiões-dentistas	24
Tabela 5 – Associação entre tempo de atuação na Odontologia e caso onde indicação é reparar.....	27
Tabela 6 – Associação entre tempo de atuação na Odontologia com etapas clínicas sobre o reparo das restaurações seja ela em resina composta ou em amálgama.....	27

LISTA DE SIGLAS

OMI- Odontologia Minimamente Invasiva

CD's- Cirurgiões-dentistas

SC- Santa Catarina

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CRO-Conselho Regional de Odontologia

SUMÁRIO

1	RESUMO.....	11
2	ABSTRACT.....	12
3	INTRODUÇÃO.....	13
4	MATERIAL E MÉTODO	15
5	RESULTADO	16
6	DISCUSSÃO.....	20
7	CONCLUSÃO.....	22
8	AGRADECIMENTOS.....	23
9	ILUSTRAÇÕES E TABELAS.....	24
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXOS	30
	ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	31

ARTIGO

Artigo formatado conforme as diretrizes da *revista de Odontologia da UNESP*.

(Anexo A).

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA-SC ACERCA DOS REPAROS EM RESTAURAÇÕES

KNOWLEDGE OF DENTAL SURGEONS IN THE PUBLIC SERVICE OF
PALHOÇA-SC MUNICIPALITY ABOUT RESTORATIONS REPAIRS

Simone XAVIER SILVA COSTA

Beatriz SANTOS DE ABREU

Faculdade de Odontologia, UNISUL Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça,
SC, Brasil

Endereço para correspondência:

Beatriz Santos de Abreu

Rua: Claudionor Regis, nº 342

CEP: 88106725 – São José, SC, Brasil

Telefone: (48) 9 8462-3698

E-mail: Biasabreu18@gmail.com

E-mail das autoras:

Simonexsc@gmail.com

Biasabreu18@gmail.com

RESUMO

Com o objetivo de evitar substituições desnecessárias das restaurações existe uma outra possibilidade, o reparo das restaurações. Contudo, nem todos os cirurgiões-dentistas têm o hábito de executá-la, seja por desconhecer a técnica ou considerá-la uma opção inviável. Ainda há um escasso conhecimento dos profissionais dentistas sobre o reparo de restaurações, fazendo com que não executem e indiquem o reparo no seu dia-dia clínico. **Objetivo:** avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Palhoça-SC quanto a idade e tempo de atuação a respeito da técnica de reparo das restaurações. **Material e Método:** pesquisa de campo com abordagem quantitativa e caráter exploratório, na qual foi aplicado um questionário contendo 14 questões de múltipla escolha. Os dados obtidos foram transferidos em uma planilha do Microsoft Excel® e submetidos à análise descritiva no software Stata 3.0. **Resultados:** Os resultados demonstraram que em média 96% dos profissionais tanto com maior tempo de atuação quanto menor tempo de atuação conhecem o reparo e 84% praticam no seu dia a dia clínico, dentro de suas limitações. **Conclusão:** Dentro das restrições do presente estudo pode-se concluir que tanto os profissionais na qual tem maior tempo de atuação, logo ensinados em um sistema biologicista quanto os cirurgiões dentistas com menor tempo de atuação estão cientes do emprego e técnicas de reparo, fazendo com que reproduzem no seu dia a dia clínico conforme indicação.

Descritores: Restauração Dentária Permanente; Falha de Restauração Dentária; Reparação de Restauração Dentária.

ABSTRACT

In order to avoid unnecessary replacement of restorations, there is another possibility, repair of restorations. However, not all dental surgeons are in the habit of performing it, either because they do not know the technique or consider it na unviable option. There is still little knowledge of dental professionals about the repair of restorations, making them not perfom and indicate the repair in their clinical day-to-day. **Objective:** to evaluate the level of knowledge of dental surgeons in the public network of the municipality of Palhoça-SC regarding the technique for repairing restorations. **Material and Method:** field research with a quantitative approach and exploratory character, in which a questionnaire containig 14 multiple choice questions was applied. The data obtained were tranferred to a Microsoft Excel® spreadsheet and submitted to descriptive analysis using the Stata 3.0 software. **Results:** The results showed that in media 96% of professionals with both longer working time and shorter working time know the repairand 84% practice in their daily routine, within limitations. **Conclusion:** Within the restrictions of the presente study, it can be concluded that both the professionals in which they have been workinh for a long time, soon taught in a biologic system and the dental surgeons with the last time working, are aware of the use and repair techniques, making in your daily clinical practice as indicated.

Descriptors: Permanent dental restoration; Dental restoration failure; Dental restoration repair.

INTRODUÇÃO

O conceito de Odontologia Minimamente Invasiva (OMI) é o de máxima preservação das estruturas sadias. De maneira geral, os cirurgiões-dentistas acreditavam que a Odontologia fosse curativa, associando que a qualidade dos materiais restauradores fossem o sucesso da restauração, não levando em conta que o conhecimento sobre a doença, técnicas, diagnóstico, planejamento e indicação influenciam diretamente na qualidade final dos tratamentos clínicos (1).

Desta forma, no contexto da OMI, o paciente tem o papel principal e cabe ao dentista melhor entender a etiopatogenia e atuar na origem do problema, abandonando a abordagem cirúrgico-restauradora e adotando métodos a fim de promover saúde, diagnóstico precoce, intervenções e procedimentos individualizados minimamente invasivos (2). De acordo com uma revisão de literatura realizada no ano de 2019, os reparos são um procedimento minimamente invasivo e pode ser um tratamento alternativo à substituição de restaurações, preservando estruturas sadias, reduzindo custos e tempo clínico (3)

O reparo das restaurações é um aliado do cirurgião-dentista para os procedimentos de mínima intervenção por ser uma técnica rápida, de baixo custo e que permite aumento da sobrevida das restaurações. Adicionalmente, o reparo corresponde a uma técnica menos invasiva e, por vezes, que pode ser realizada sob nenhum tipo de intervenção anestésica, sendo mais confortável para o paciente (4). Portanto, a odontologia minimamente invasiva deve ser considerada padrão de atendimento, uma vez que evita intervenções desnecessárias (5).

O reparo consiste em técnicas empregadas a fim de intervir apenas no local da restauração que apresenta falha através da inserção de um novo incremento de material restaurador, tendo como indicações: cáries secundárias, defeitos ou manchamentos marginais, correção da cor superficial, desgaste e fratura entre dente/restauração (4). Assim evitando grandes invasões ao remover totalmente as restaurações e preservando a resistência mecânica do dente. (3)

O critério usado pelo cirurgião-dentista na decisão entre reparar ou substituir uma restauração deve levar em conta o ciclo restaurador repetitivo. Visto que reparos de restaurações propõem ao elemento dentário sobrevida maior, ainda que existam controvérsias quanto a execução e indicação da técnica (6).

Além disso, é importante salientar a relação da forma como se realiza o reparo e a efetividade do procedimento. Retenções micromecânicas como jateamento com partículas abrasivas e tratamento de superfícies com ácidos são exemplos de artifícios técnicos empregados a fim de permitir maior efetividade na união do material restaurador antigo com o material restaurador novo (7).

Como a literatura já reconhece o reparo das restaurações como uma técnica viável, segura e baseada no conceito da Odontologia Minimamente Invasiva, desde que bem indicada e executada, torna-se fundamental o domínio dos CDs a respeito das particularidades desta técnica. Dessa forma, este estudo avaliou o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública, do município da Palhoça-SC acerca dos conhecimentos clínicos sobre efetividade do reparo das restaurações e, com isso, analisou como e se esses cirurgiões-dentistas indicam este procedimento aos seus pacientes, evitando com que ocorra trocas recorrentes das restaurações e teve como hipótese a seguinte alegação: Os cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde do município de Palhoça-SC que tiveram ensino na Odontologia menos invasiva entendem mais sobre as técnicas de reparo das restaurações como alternativa a troca das restaurações que os que obtiveram ensino biologicista

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa apresentou uma abordagem quantitativa e foi de caráter exploratório descritivo sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul, campus Grande Florianópolis, unidade Pedra Branca recebendo parecer favorável sob o nº 065874/2020.

Após a aprovação do CEP/Unisul, foi realizado um estudo piloto utilizando o questionário com 05 professores cirurgiões-dentistas da UNISUL, com questões que abordavam idade, tempo de atuação e algumas situações clínicas, para averiguar se essas informações presentes eram válidas para serem aplicadas no censo apresentado. Após essa etapa os cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde do município de Palhoça-SC foram convidados presencialmente a participarem da pesquisa e aos que concordaram foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos o censo de 48 cirurgiões-dentistas da rede pública que estão inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO) do estado de Santa Catarina atuantes no município de Palhoça-SC. Participaram da pesquisa 33 dentistas com taxa de resposta de 69%.

Os dentistas responderam conforme sua disponibilidade profissional, o questionário (Anexo B) nos meses de outubro e novembro de 2020. Após levantamento dos dados, os mesmos foram postos em uma planilha no Microsoft Excel® e avaliados no Microsoft Stata 3.0. Considerando as variáveis nominais do estudo que foram verificadas por meio dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADO

Durante o período de coleta de dados foram excluídos 15 entrevistados caracterizados por perda devido a atual pandemia de COVID-19, totalizando assim 33 entrevistados dos 48 cirurgiões-dentistas inscritos no CRO do município de Palhoça-SC.

Na categorização dos relatos foram divididos em três grupos quanto a idade, onde o grupo 1 (n=10) fez referência aos cirurgiões-dentistas com média de 20 a 29 anos, grupo 2 (n=14) 30 a 39 anos e grupo 3 (n=9) 40 a 80 anos, sendo o grupo 2 o que apareceu com maior frequência (Tabela 1)

Divisão quanto a idade	n	IDADE	p
Grupo 1	10	20-29	1,0
Grupo 2	14	30-39	
Grupo 3	9	40-80	
<i>TOTAL</i>	33		

Tabela 1. Divisão em grupos quanto a idade dos cirurgiões-dentistas

Quando questionados sobre o conhecimento quanto ao procedimento de reparo das restaurações o tanto o grupo 1 (n=10) quanto o grupo 2 (n=14) responderam que conhecem, contra apenas uma pessoa do grupo 3 que respondeu NÃO com 11,11% (n=1). Sobre o realizar o reparo no seu dia a dia clínico todos do grupo 1 (n=10) relataram que realizam seguido pelo grupo 2 com 85,71% (n=12). (Tabela 2)

Conhece o procedimento de reparo			Realiza o reparo		
Grupos	das restaurações		no seu dia a dia clínico		TOTAL
1	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	N=10	N=0	N=10	N=0	N=10
	100%	0%	100%	0%	
2	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	N=14	N=0	N=12	N=2	N=14
	100%	0%	85,71%	14,29%	
3	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	N=8	N=1	N=6	N=3	N=9
	88,89%	11,11%	66,67%	33,33%	
	p= 0,253		p= 0,128		

Tabela 2. Associação entre a variável idade e conhecimento sobre reparo, idade e se realiza o reparo no dia a dia.

Também foram feitas análises quanto ao tempo de atuação na odontologia onde foram divididos em quatro grupos, sendo o grupo 1 (n=9): 1 a 5 anos de atuação; grupo 2 (n=10): 6 a 10 anos; grupo 3 (n=7): 11 a 15 anos e grupo 4 (n=7): 16 a 40 anos. Ressaltando o grupo 2 com maior porcentagem 30,30% dos entrevistados. (Tabela 3)

Divisão quanto ao tempo de atuação	n	ANOS	p
Grupo 1	9	01-05	1,0
Grupo 2	10	06-10	
Grupo 3	7	11-15	
Grupo 4	7	16-40	
TOTAL	33		

Tabela 3. Divisão em grupos quanto ao tempo de atuação dos CDs na Odontologia

Após divisão destes 4 grupos foram feitas análises de associação entre o tempo de atuação de cada dentista com 13 situações clínicas, onde optariam entre reparo às vezes, reparo sempre ou substituição. O primeiro foi “fratura no corpo da restauração (mais da

metade fraturada)” e grande maioria optou por substituição, sendo o grupo 2 com maior número 90% (n=9), em contra partida no segundo caso “fratura no corpo da restauração (menos da metade está fraturada)” os analisados optaram por reparar tendo o grupo 2 com maior aparição com 60% (n=6) para reparo às vezes e grupo 1 com 55,56% (n=5) para reparo sempre.

Em relação as pigmentações nas restaurações sendo ela superficial e localizada o grupo 2 apareceu com maior valor para reparo às vezes com 80% (n=8) e grupo 3 e 4 por substituição, ambos com 14,29% (n=1), quando se trata de pigmentação superficial generalizada o grupo com mais ressaltos foi grupo 1 com 66,67% (n=6) contra o grupo 2 que optou por substituir com 50% (n=5) e na situação “pigmentação no corpo da restauração” os grupos variaram entre reparo às vezes com 60% (n=6) para o grupo 2 e substituição para o grupo 3 e 4 com 57,14% (n=4), salientando que o grupo 3 e 4 são os profissionais com maior tempo de atuação.

Quando questionados quanto a “desadaptação marginal” de uma restauração grande maioria optou por substituir, tendo o grupo 2 o maior valorado com 60% (n=6), grupo 3 e 4 com 57,14% (n=4) e grupo 1 com 44,44% (n=4). Ainda sobre as margens de uma restauração outro caso exposto foi quanto ao “desgaste com alteração de contorno e forma” e o grupo 2 liderou optando por substituir com 60% (n=6) e os grupos 3 e 4 optaram por reparo às vezes com 57,14% (n=4) seguido pelo grupo 1 com 44,44% (n=4) e sobre “desgaste superficial não comprometendo a forma da restauração” todos optaram por reparar, sendo os mais mensurados grupo 4 com 100% (n=7) das opções para reparo às vezes e grupo 1 com 66,67% para reparo sempre (n=6).

Em um dado momento os cirurgiões-dentistas foram questionados sobre “múltiplas falhas em uma mesma restauração” e “exposição do material de base (forramento) e nessas situações grande parcela optou por substituição. Sobre as múltiplas falhas no grupo 3 todos substituíram (n=7), seguido pelos grupos 2 com 90% (n=9) e grupo 1 com 77,78% (n=7) e relacionado à “exposição do material de base (forramento)” o grupo 2 foi o mais estimado com 90% (n=9) quanto que o grupo 4 foi o menor com 71,43% (n=5).

Embora quando se tratou do caso de “paciente com alta atividade de cárie” os grupos 1 e 2 optaram por substituir toda a restauração com 66,67% (n=6) e 60% (n=6) respectivamente, o grupo 4, dos que estão por mais tempo atuando na odontologia, optaram por reparo às vezes com 57,14% (n=4). Já quando questionados sobre “falhas

em regiões de elevada concentração de tensão” isto reverte os do grupo 1 optam por reparo às vezes com 77,78% (n=7) e os do grupo 4 por substituição com 57,14% (n=4). Finalizando as questões sobre os casos clínicos a última situação foi “múltiplas lesões adjacentes a restauração” onde os grupos destacaram mais a opção substituição, liderando o grupo 3 com 85,71% (n=6). (Tabela 4)

VARIÁVEIS	1	2	3	4	p
Fratura no corpo da restauração (mais da metade está fraturada)					0,490
REPARO ÀS VEZES	N=2 22,22%	N=1 10%	N=2 28,57%	N=3 42,86%	
REPARO SEMPRE	N=1 11,11%	N=0 0%	N=0 0%	N=1 14,29%	
SUBSTITUIÇÃO	N=6 66,67%	N=9 90%	N=5 71,43%	N=3 42,86%	
Fratura no corpo da restauração (menos da metade está fraturada)					0,670
REPARO ÀS VEZES	N=4 44,44%	N=6 60%	N=3 42,86%	N=5 71,43%	
REPARO SEMPRE	N=5 55,56%	N=3 30%	N=3 42,86%	N=1 14,29%	
SUBSTITUIÇÃO	N=0 0%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=1 14,29%	
Pigmentação superficial localizada					0,276
REPARO ÀS VEZES	N=5 55,56%	N=8 80%	N=2 28,57%	N=5 71,43%	
REPARO SEMPRE	N=4 44,44%	N=2 20%	N=4 57,14%	N=1 14,29%	
SUBSTITUIÇÃO	N=0 0%	N=0 0%	N=1 14,29%	N=1 14,29%	
Pigmentação superficial generalizada					0,580
REPARO ÀS VEZES	N=6 66,67%	N=4 40%	N=4 57,14%	N=4 57,14%	
REPARO SEMPRE	N=2 22,22%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=0 0%	
SUBSTITUIÇÃO	N=1 11,11%	N=5 50%	N=2 28,57%	N=3 42,86%	
Pigmentação no corpo da restauração					0,702
REPARO ÀS VEZES	N=5 55,56%	N=6 60%	N=3 42,86%	N=3 42,86%	
REPARO SEMPRE	N=1 11,11%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%	
SUBSTITUIÇÃO	N=3 33,33%	N=4 40%	N=4 57,14%	N=4 57,14%	
Desadaptação marginal					0,451
REPARO ÀS VEZES	N=2 22,22%	N=2 20%	N=3 42,86%	N=3 42,86%	

REPARO SEMPRE	N=3 33,33%	N=2 20%	N=0 0%	N=0 0%
SUBSTITUIÇÃO	N=4 44,44%	N=6 60%	N=4 57,14%	N=4 57,14%
Desgaste alterando contorno e forma				0,565
REPARO ÀS VEZES	N=4 44,44%	N=3 30%	N=4 57,14%	N=4 57,14%
REPARO SEMPRE	N=3 33,33%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=1 14,29%
SUBSTITUIÇÃO	N=2 22,22%	N=6 60%	N=2 28,57%	N=2 28,57%
Desgaste superficial não comprometendo a forma da restauração				0,049
REPARO ÀS VEZES	N=3 33,33%	N=7 70%	N=4 57,14%	N=7 100%
REPARO SEMPRE	N=6 66,67%	N=3 30%	N=3 42,86%	N=0 0%
SUBSTITUIÇÃO	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%
Múltiplas falhas na mesma restauração				0,690
REPARO ÀS VEZES	N=1 11,11%	N=1 10%	N=0 0%	N=0 0%
REPARO SEMPRE	N=1 11,11%	N=0 0%	N=0 0%	N=1 14,29%
SUBSTITUIÇÃO	N=7 77,78%	N=9 90%	N=7 100%	N=6 85,71%
Exposição do material de base (forramento)				0,424
REPARO ÀS VEZES	N=1 11,11%	N=1 10%	N=0 0%	N=2 28,57%
REPARO SEMPRE	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%
SUBSTITUIÇÃO	N=8 88,89%	N=9 90%	N=7 100%	N=5 71,43%
Alta atividade de cárie				0,352
REPARO ÀS VEZES	N=3 33,33%	N=2 20%	N=3 42,86%	N=4 57,14%
REPARO SEMPRE	N=0 0%	N=2 20%	N=0 0%	N=0 0%
SUBSTITUIÇÃO	N=6 66,67%	N=6 60%	N=4 57,14%	N=3 42,86%
Falhas em regiões de elevada concentração de tensão				0,337
REPARO ÀS VEZES	N=7 77,78%	N=5 50%	N=5 71,43%	N=3 42,86%
REPARO SEMPRE	N=1 11,11%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%
SUBSTITUIÇÃO	N=1 11,11%	N=5 50%	N=2 28,57%	N=4 57,14%

Múltiplas lesões adjacentes a restauração				0,632
REPARO ÀS VEZES	N=2 22,22%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=2 28,57%
REPARO SEMPRE	N=0 0%	N=2 20%	N=0 0%	N=1 14,29%
SUBSTITUIÇÃO	N=7 77,78%	N=7 70%	N=6 85,71%	N=4 57,14%
TOTAL	N=9	N=10	N=7	N=7

Tabela 4. Associação entre tempo de atuação na Odontologia com 13 casos clínicos expostos no questionário aplicado aos cirurgiões-dentistas

Ao responderem sobre caso aparecesse um caso onde a indicação é reparar, porém tem dúvidas em como executar esse tipo de procedimento a maioria optou por buscar informações a respeito, e assim, executar sendo o grupo 1 o de maior ponderação com 88,89% (n=8) seguido pelo grupo 2 com 80% (n=8). (Tabela 5)

VARIÁVEIS	1	2	3	4	p
					0,759
Buscaria informações a respeito do procedimento, e assim executaria o mesmo	N=8 88,89%	N=8 80%	N=6 85,71%	N=7 100%	
Encaminharia a outro colega	N=0 0%	N=1 10%	N=0 0%	N=0 0%	
Substituiria toda a restauração	N=1 11,11%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=0 0%	
TOTAL	N=9	N=10	N=7	N=7	

Tabela 5. Associação entre tempo de atuação na Odontologia e caso onde indicação é reparar

Com relação as restaurações em resina composta, os cirurgiões foram avaliados quanto a etapas clínicas sobre o reparo das restaurações, onde tiveram que escolher entre: nunca executa, sempre executa e às vezes executa. Dentre as dispostas o “uso de ácido fosfórico na superfície seguido de sistema adesivo” foi o mais escolhido, sendo o grupo 1 com maior porcentagem 88,89% (n=8) para sempre, seguido por “repolimento convencional” com o grupo 2 com maior número 50% (n=5). Já nas restaurações em

amálgama os dentistas optaram primeiramente por “repolimento convencional” sendo o grupo 1 com 55,56% (n=5) e grupo 2 com 50% (n=5) na opção sempre executa e “retenções no interior e/ou superfície da restauração com pontas diamantadas ou brocas multilaminadas” com 55,56% (n=5) para o grupo 1 na opção sempre e 60% (n=6) para o grupo 2 na opção às vezes. (Tabela 6)

VARIÁVEIS	1	2	3	4	p
RESINA COMPOSTA					
Uso de ácido fosfórico na superfície seguido de sistema adesivo					0,180
NUNCA	N=0 0%	N=3 30%	N=0 0%	N=0 0%	
SEMPRE	N=8 88,89%	N=6 60%	N=5 71,43%	N=5 71,43%	
ÀS VEZES	N=1 11,11%	N=1 10%	N=2 28,57%	N=2 28,57%	
Repolimento convencional					0,928
NUNCA	N=1 11,11%	N=2 20%	N=1 14,29%	N=0 0%	
SEMPRE	N=4 44,44%	N=5 50%	N=3 42,86%	N=4 57,14%	
ÀS VEZES	N=4 44,44%	N=3 30%	N=4 42,86%	N=3 42,86%	
AMÁLGAMA					
Repolimento convencional					0,800
NUNCA	N=0 0%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=0 0%	
SEMPRE	N=5 55,56%	N=5 50%	N=2 28,57%	N=4 57,14%	
ÀS VEZES	N=4 44,44%	N=4 40%	N=4 57,14%	N=3 42,86%	
Retenções no interior e/ou superfície da restauração com pontas diamantadas ou brocas multilaminadas					0,456
NUNCA	N=0 0%	N=1 10%	N=1 14,29%	N=2 28,57%	
SEMPRE	N=5 55,56%	N=3 30%	N=3 42,86%	N=4 57,14%	
ÀS VEZES	N=4 44,44%	N=6 60%	N=3 42,86%	N=1 14,29%	
TOTAL	N=9	N=10	N=7	N=7	

Tabela 6. Associação entre tempo de atuação na Odontologia com etapas clínicas sobre o reparo das restaurações seja ela em resina composta ou em amálgama

Após relacionarem as etapas clínicas os cirurgiões foram indagados sobre a seguinte afirmação “você concorda que substituir uma restauração tem um prognóstico melhor que reparar?” e todos responderam que NÃO, após isso os mesmos tiveram que escolher a razão na qual este foi escolhido e dentre as opções disponíveis grande maioria optou por “Todas as vantagens acima”, sendo o grupo 2 com 90% (n=9), na qual abrangeu: facilidade de execução da técnica, menor custo e preservação de estrutura dental sadia.

DISCUSSÃO

O reparo das restaurações pode ser classificado como um tratamento alternativo às substituições quando são verificados defeitos pontuais, se forem clinicamente aceitáveis e acompanhado de um bom planejamento. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Palhoça-SC a respeito da técnica de reparo das restaurações. (7)

A hipótese de que os cirurgiões que tiveram ensino na odontologia menos invasiva entendem mais sobre as técnicas de reparo das restaurações como alternativa a troca das restaurações que os que obtiveram ensino biologicista não foi confirmada pelos resultados obtidos durante as associações, visto que quando explícitos situações clínicas o grupo que mais optou por reparar foi o grupo com maior tempo de atuação.

A técnica de reparo, apesar de estar incluída no currículo de algumas universidades, na prática clínica os alunos muitas vezes acabam não realizando muitos procedimentos de reparo, fazendo com que não levem este hábito de reparar restaurações para seu dia a dia clínico, situação essa que não se repetiu neste estudo visto que grande maioria conhecia as técnicas e executava em seu dia a dia clínico. (4)

Um estudo feito em 2019, concluiu que as principais causas para uma substituição de restauração com resina composta foram: lesões de cárie secundária, falha de adaptação marginal, descoloração e fratura. No entanto, é importante ressaltar que o reparo ainda é a melhor alternativa clínica, visto que permite aumentar a longevidade de restaurações e compromete menos estrutura dental sadia (8)

Quando questionados sobre ter dúvida em como executar o procedimento de reparo das restaurações em média 87,88% dos participantes buscariam informações a respeito da técnica e depois executariam. Resultado semelhante ao estudo realizado em Curitiba em 2018 que averiguou a formação acadêmica e as técnicas empregadas de reparo nas restaurações dentárias realizadas pelos CDs na Rede de Atenção em Saúde Bucal.

Foram empregados questionários e a partir da análise dos dados e 97% dos dentistas concordaram que o reparo deve fazer parte do currículo acadêmico e 69% não tiveram aula sobre este tema durante sua formação e 77% buscariam informações e pretendem fazer reparo em todas as situações possíveis. (9)

Sobre as restaurações em resina composta os cirurgiões optaram por usar ácido fosfórico na superfície seguido de sistema adesivo, situação essa que se confirma em um relato de caso feito em 2018 na qual trouxe resultados aceitáveis quanto o reparo de resina composta utilizando apenas ácido fosfórico a 37% e o sistema adesivo. Neste caso, depois de um acompanhamento de 2 anos, somente uma pequena perda de brilho superficial foi observada, tendo a necessidade apenas de fazer polimento para devolver o brilho e lisura. (10)

Enquanto em restaurações feitas em amálgama os participantes elegeram repolimento convencional seguido por retenções no interior e/ou superfície com pontas diamantadas ou brocas multilaminadas, princípios estes de retenção e resistência que regem os preparos de amálgama na qual o dentista deve ficar atento na hora do preparo cavitário. (11)

Considerando os muitos benefícios do reparo, um estudo mostrou que o reparo de restaurações de amálgama e de resina composta são tão eficazes quanto a substituição total das restaurações. Portanto, esta modalidade deve ser indicada com mais frequência para os pacientes (12).

Ao final do questionário aplicado aos cirurgiões-dentistas os mesmos responderam se substituir tem um prognóstico melhor que reparar e todos responderam que NÃO, justificando esta resposta como tendo 3 vantagens, sendo elas: facilidade de execução da técnica, menor custo e preservação de estrutura dental sadia, resultado esse semelhante ao encontrado em um estudo clínico realizado no ano de 2009, onde avaliou retrospectivamente restaurações em resina composta reparadas com 15 anos de acompanhamento. Com isso a estimativa média de sobrevida das restaurações foi de 12.94 anos e a taxa anual de falha de 2,3%. Neste estudo ainda, o autor avaliou dois tipos de resina e obteve a taxa de falha anual de 1,6% (resina Herculite) e 2,2% (resina P-50), demonstrando que o reparo é uma alternativa de tratamento com bom prognóstico a longo prazo (13).

CONCLUSÃO

Dentro das restrições do presente estudo pode-se concluir que tanto os profissionais na qual tem maior tempo de atuação, logo ensinados em um sistema biologicista, quanto os cirurgiões dentistas com menor tempo de atuação estão cientes do emprego e técnicas de reparo, fazendo com que reproduzem no seu dia a dia clínico conforme indicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de concluir essa etapa, à minha família que esteve sempre presente em todos os momentos dessa fase linda da minha vida, principalmente a minha mãe/avó a maravilhosa D. Almeri que é minha maior inspiração de vida e com certeza essa graduação é inteiramente dedicada a ela que tanto fez e faz por mim, minha amiga e parceira de todos momentos Luiza Sena, aos meus professores que tanto me inspiro na área odontológica e pessoal, com destaque para Profa. Flávia Pilatti na qual tive o primeiro contato na faculdade e se tornou uma grande inspiração de mulher dedicada, forte e inteligentíssima, aos demais professores e minha banca querida, Profa. Simone Xavier a melhor orientadora que alguém poderia ter, não é à toa que carrega muitos elogios dos seus alunos, sempre muito atenciosa e calma seja nas orientações ou na clínica, me inspiro em ti desde o nosso primeiro contato lá no início da graduação, Profa. Marceli Martins que também agregou muito para minha formação, sempre alegre e muito empenhada em passar seus conhecimentos aos alunos e por último mas não menos importante Profa. Daniela Rossi que tem um talento indescritível quando o assunto é dar aula, sempre me agregaram muito cada hora contigo e quanto ao pessoal também, tua alma ilumina demais, sou e serei eternamente sua fã.

Fica aqui o meu muito obrigada, com carinho Beatriz Santos de Abreu.

REFERÊNCIAS

- 1 TUMENAS, Isabel; PASCOTTOS, Renata; SAADE, Jorge Luis e BASSANI, Marcelo. Odontologia Minimamente Invasiva. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* [online]. 2014, vol.68, n.4, pp. 283-295. ISSN 0004-5276.
- 2 Duarte, D. *et al.* **Odontologia de mínima intervenção: dentes funcionais por toda vida.** 1 ed. São Paulo: Napoleão, 2020.
- 3 Mariana DFR, Flávia BP. Critérios clínicos para decisão entre substituição ou reparo de restaurações em resina composta – revisão de literatura. FOP. 2016;73(3).
- 4 Raquel VE. Reparo em restaurações de resina composta: longevidade clínica e relevância para a Odontologia. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2016.
- 5 Brostek AM, Walsh LJ. Minimal intervention dentistry in general practice. UAC. 2014;13 (2): 285-94.
- 6 Laércio NR. Substituição de restaurações de amálgama rasas e fraturadas: relato de casos clínicos, do Curso de Odontologia da UEP. [Trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista; 2013.
- 7 Mariana DFR, Flávia BP. Critérios clínicos para decisão entre substituição ou reparo de restaurações em resina composta – revisão de literatura. FOP. 2016;73(3).
- 8 Caroline LDOR, Gabrielly DL. Critérios para Substituição ou reparo de restaurações de resina composta. USL. 2019.
- 9 Ubiratan DOJ. Análise na formação acadêmica e técnicas de restaurações pré-existentes na Rede de Atenção em Saúde Bucal [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2018. [Acesso em 2019 Out 25].
- 10 Thiago CDM. Avaliação da resistência de união de reparos em resinas bulk fill após diferentes protocolos de adesão [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018. [acesso em 2018 Out 15].
- 11 Laécio NM. Substituição de restaurações de amálgama rasas e fraturadas: relato de casos clínicos [trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista; 2013.
- 12 ESTAY, J et al. 12 Years os Repair of Amalgam and Composite Resins: A Clinical Study. *Operative Dentistry*, Seattle, v.43, p.12-21, 2018.
- 13 DONASSOLLO, Tiago Aurélio. Avaliação clínica de restaurações e de reparos de resinas compostas em dentes posteriores. 2009. 88f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Normas da revista

Artigo

O texto, incluindo resumo, abstract, tabelas, figuras e referências, deve estar digitado no formato *.doc*, preparado em *Microsoft Word 2007 ou posterior*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm, e conter um total de 20 laudas. Todas as páginas devem estar numeradas a partir da página de identificação.

Resumo e Abstract

O artigo deve conter RESUMO e ABSTRACT precedendo o texto, com o máximo de 250 palavras, estruturado em seções: introdução; objetivo; material e método; resultado; e conclusão. Nenhuma abreviação ou referência (citação de autores) deve estar presente.

Descritores/Descriptors

Indicar os Descritores/Descriptors com números de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, e mencioná-los logo após o RESUMO e o ABSTRACT.

Para a seleção dos Descritores/Descriptors, os autores devem consultar a lista de assuntos do *MeSH Data Base* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores/descriptors, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

Introdução

Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução, estabelecer a hipótese a ser avaliada.

Material e método

Apresentar com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes, depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tiverem sido feitas. No final do capítulo, descrever os métodos estatísticos utilizados.

Resultado

Os resultados devem ser apresentados seguindo a sequência do Material e método, com tabelas, ilustrações etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e de ilustrações possível.

Discussão

Discutir os resultados em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Destacar os achados do estudo e não repetir dados ou informações citados na introdução ou nos resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

Conclusão

A(s) conclusão(ões) deve(m) ser coerentes com o(s) objetivo(s), extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

Agradecimentos

Agradecimentos às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo e agências de fomento devem ser realizadas neste momento. Para o(s) auxílio(s) financeiro(s) deve(m) ser citado o(s) nome(s) da(s) organização(ões) de apoio de fomento e o(s) número(s) do(s) processo(s).

Ilustrações e tabelas

As ilustrações, tabelas e quadros são limitadas no máximo de 4 (quatro). As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), são consideradas no texto como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. As figuras devem estar em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho da página inteira).

As legendas correspondentes devem ser claras, e concisas. As tabelas e quadros devem ser organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. A legenda deve ser colocada na parte superior. As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Citação de autores no texto

Os autores devem ser citados no texto em ordem ascendente

A citação dos autores no texto pode ser feita de duas formas:

Numérica: as referências devem ser citadas de forma sobrescrita.

Exemplo: Radiograficamente, é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13}

Alfanumérica:

- um autor: Ginnan⁴
- dois autores: separados por vírgula - Tunga, Bodrumlu¹³
- três autores ou mais de três autores: o primeiro autor seguido da expressão et al. - Shipper et al.²

Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto; devem também ser ordenadas e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto. Citar no máximo 25 referências.

As Referências devem seguir os requisitos da National Library of Medicine (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>), e, para os periódicos nacionais, verificar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

Referências à comunicação pessoal, trabalhos em andamento, artigos in press, resumos, capítulos de livros, dissertações e teses não devem constar da listagem de referências. Quando essenciais, essas citações devem ser registradas por asteriscos no rodapé da página do texto em que são mencionadas.