

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HAZELEPONI QUERÃ NAUMANN CERQUEIRA LEITE

**CAMINHOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA PARA  
MANEJO DA CÁRIE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPO GRANDE  
2023

HAZELELPONI QUERÃ NAUMANN CERQUEIRA LEITE

**CAMINHOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA PARA  
MANEJO DA CÁRIE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Doutor Rafael Aiello Bomfim

CAMPO GRANDE  
2023

HAZELELPONI QUERÃ NAUMANN CERQUEIRA LEITE

**CAMINHOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA PARA  
MANEJO DA CÁRIE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Doutor Rafael Aiello Bomfim

Banca Examinadora:

Nota/Conceito

\_\_\_\_\_  
Arthur de Almeida Medeiros – Instituto Integrado de Saúde – UFMS

\_\_\_\_\_  
Andreia Morales Cascaes – Departamento de Saúde Pública – UFSC

AValiação FINAL: ( ) Aprovação

( ) Reprovação

A Deus. Meus pais, minhas avós, meus avôs, meu marido, meu filho, amigos que estiveram ao meu lado nessa caminhada. À UFMS, ao meu orientador cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos participantes da pesquisa que propiciaram a coleta dos dados e contribuíram de forma singular para que a pesquisa fosse concluída.

Ao professor Dr. Rafael Aiello Bonfim por sua excelente orientação.

O presente estudo foi realizado com o apoio da A Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect). N° do processo: 71/011156/2022.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Mato grosso do Sul.

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Regional de Odontologia do estado do Mato Grosso do Sul.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

## RESUMO

Os Guias de Prática Clínica (GPC) são ferramentas de apoio para a decisão clínica baseada em evidências científicas. No entanto, eles não são bem implementados em todos os cenários da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo foi avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas em relação ao manejo da cárie dentária e quanto ao conhecimento e prática dos GPC por gestores (coordenadores municipais) e cirurgiões-dentistas na APS do Estado do Mato Grosso do Sul usando o Quadro Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR). Para pesquisa qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito informantes-chave, e posteriormente, utilizou-se a análise de conteúdo e os domínios do CFIR para explicitar as barreiras e facilitadores. Para pesquisa quantitativa foi aplicado um questionário com características sociodemográficas dos dentistas do setor público e privado, seguido de perguntas pré-definidas baseadas nos cinco domínios do CFIR, acrescido de quatro questões relacionadas a uma das diretrizes publicadas pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. As principais barreiras foram: desconhecimento sobre os guias (características da intervenção); a resistência à inovação por profissionais mais antigos (características dos indivíduos); falta de apoio e incentivos organizacionais (configuração externa), pouco recursos disponíveis para calibração do dentista e falta de prontidão para implementação (cenário interno). Os facilitadores principais foram: boa conexão entre a equipe de trabalho e comunicações existentes dentro da organização (cenário interno); reconhecimento da necessidade da implementação de um guia para manejo de cárie dentária na APS (cenário interno), aceitabilidade para o uso dos GPC (características dos indivíduos); usar líderes de opinião como facilitadores; e a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços e fluxo de trabalho (processo de trabalho). As partes interessadas reconhecem a necessidade da mínima intervenção frente ao manejo da cárie dentária e apoiam o uso do GPC na APS. Porém alguns desafios devem ser enfrentados, como melhorar o acesso a esses documentos, enfrentar resistência à inovação por parte dos profissionais da área odontológica, melhorar a alocação de recursos disponíveis para a calibração dos profissionais e promover a prontidão para implementação. Alguns atalhos podem facilitar a superação desses obstáculos, como a utilização de pessoas formadoras de opinião, no intuito de favorecer a disseminação da evidência

científica, aliado ao investimento em educação continuada através de capacitação constante aos profissionais do serviço. Ainda, é desejável que os gestores reconheçam quem são os líderes de opinião para facilitar a implementação.

Os fatores que influenciam a implementação de evidências na prática clínica através de Guias de Prática Clínica dentro do serviço de Saúde Bucal da APS puderam ser identificados nessa pesquisa. Estudar eles contribuem para criação de estratégias de implementação de GPC, para melhorar a prática clínica dos profissionais e os resultados de saúde dos pacientes.

Descritores: guia de prática clínica; odontologia; cárie dentária; estratégia saúde da família; atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

Clinical Practice Guides (GPC) are support tools for clinical decision-making based on scientific evidence. However, they are not well implemented in all Primary Health Care (PHC) settings. The objective was to evaluate the perception of dental surgeons regarding the management of dental caries and the knowledge and practice of GPC by managers (municipal coordinators) and dental surgeons in PHC in the State of Mato Grosso do Sul using the Consolidated Framework for Research of Implementation (CFIR). For qualitative research, semi-structured interviews were carried out with eight key informants, and subsequently, a content analysis and the CFIR domains were used to explain barriers and facilitators. For quantitative research, a questionnaire was applied with sociodemographic characteristics of dentists in the public and private sector, followed by pre-defined questions based on the CFIR domains, plus four questions related to one of the guidelines published by the General Coordination of Oral Health of the Ministry Health. The main barriers were: lack of knowledge about the guides (characteristics of the intervention); resistance to innovation by older professionals (characteristics of individuals); lack of organizational support and incentives (external setting), few resources available to the dentist and lack of readiness for facility (internal setting). The main facilitators were: good connection between the work team and existing communications within the organization (internal scenario); recognition of the need to implement a guide for managing dental caries in PHC (internal scenario), acceptability for the use of GPC (characteristics of individuals); use opinion leaders as facilitators; and the need to improve the quality of services and workflow (work process). Stakeholders recognize the need for minimal intervention in the management of dental caries and support the use of GPC in PHC. However, some challenges must be faced, such as improving access to these documents, facing resistance to innovation on the part of dental professionals, improving the allocation of resources available for professional calibration and promoting readiness for implementation. Some shortcuts can make it easier to overcome these obstacles, such as the use of opinion makers, with the aim of promoting the dissemination of scientific evidence, combined with investment in continuing education through constant training for service professionals. Furthermore,



it is desirable that managers recognize who the opinion leaders are to facilitate implementation.

The factors that influence the implementation of evidence in clinical practice through Clinical Practice Guides within the PHC Oral Health service could be identified in this research. Studying them contributes to the creation of GPC implementation strategies, to improve the clinical practice of professionals and the health outcomes of patients.

Descriptors: clinical practice guide; dentistry; dental cavity; family health strategy; primary health care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
2.1	Importância da Atenção Primária à Saúde	15
2.2	Atenção Odontológica na Estratégia da Saúde da Família	16
2.3	Política Pública de Saúde baseada em evidências científicas	18
2.4	Guias de prática clínica (GPC)	18
2.5	Cárie dentária	21
2.5.1	Definição	21
2.5.2	O processo de cárie	22
2.5.3	Etiologia	23
2.5.4	Prevalência	23
2.5.5	Diagnóstico de cárie dentária	24
2.6	Intervenções no manejo de cárie dentária	27
2.7	Guias de prática clínica no manejo de cárie dentária	28
2.8	A ciência da implementação na incorporação de novas tecnologias no SUS	32
2.9	Diretrizes Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde	37
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>38</b>
3.1	3.1 Objetivo geral	38
3.2	3.2 Objetivos específicos	38
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
4.1	Tipo, local e período da pesquisa	39
4.2	Pesquisa qualitativa	39
4.2.1	Amostra e critérios de inclusão e exclusão	39
4.2.2	Coleta de dados primários	40
4.2.3	Organização e análise dos dados	40
4.3	Pesquisa quantitativa	41
4.3.1	Amostra e critérios de inclusão e exclusão	41

4.3.2	Coleta de dados primários.....	42
4.3.3	Organização e análise dos dados.....	43
<b>4.4</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Resultados qualitativos.....</b>	<b>45</b>
5.1.1	Barreiras organizacionais .....	45
5.1.2	Facilitadores organizacionais.....	46
5.1.3	Barreiras e Facilitadores para implementação do manejo minimamente invasivo da cárie dentária.....	47
5.1.4	Resultados dentro da Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação (CFIR) .....	47
<b>5.2</b>	<b>Resultados quantitativos .....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>8</b>	<b>RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>	
<b>APÊNDICE A – Roteiro prévio das entrevistas com os informantes-chave.....</b>		<b>85</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário de pesquisa: implementação de guias de prática clínica para manejo da cárie dentária na atenção primária à saúde bucal .....</b>		<b>86</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso do Sul.....</b>		<b>92</b>
<b>APÊNDICE D – Anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso do Sul .....</b>		<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um componente estrutural considerado crítico do Sistema Único de Saúde, por ser a principal porta de acesso dos usuários e coordenadora do sistema (STARFIELD *et al.*, 2005, KOVACS *et al.*, 2018). Há evidências de que o desempenho e a qualidade dos cuidados da atenção primária possuem impacto substancial na saúde pública (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Os Guias Prática clínica (GPC) são considerados ferramentas extremamente relevantes de apoio na decisão clínica baseada em evidência científica. A prática clínica baseada em diretrizes traz potenciais benefícios tanto aos profissionais quanto aos pacientes, pois incluem os resultados das evidências científicas dentro da vivência clínica (WOOLF *et al.*, 1999; ECCLES; MASON, 2001; VAN DER SANDEN *et al.*, 2003; BAHTSEVANI, 2004; MILLER; KEARNEY, 2004; FAGGION, 2012). Apresentam como finalidade direcionar e auxiliar os profissionais e os pacientes, consequentemente, otimizam a qualidade do atendimento e do cuidado, da eficiência e da eficácia clínica. Igualmente as demais práticas de saúde, a prática clínica odontológica baseada em evidências tem como objetivo fornecer aos dentistas um padrão profissional e servir de apoio para a educação continuada (VAN DER SANDEN *et al.*, 2003).

A odontologia baseada em Evidências defende atualmente o uso de terapias não invasivas ou procedimentos minimamente invasivos, no que diz respeito ao manejo de doenças a nível dentário e individual (FEJERSKOV; KIDD, 2011). Em relação a cárie dentária a odontologia minimamente invasiva (OMI) aplica uma filosofia conservadora, que defende a máxima preservação da estrutura dental, tornando assim uma abordagem que busca a promoção de saúde e preservação da saúde oral (FRENCKEN *et al.*, 2012).

É evidente que os GPC possuem um alto potencial de melhorar a qualidade do atendimento e até mesmo reduzir os custos dele, isso torna relevante a implementação das diretrizes com a finalidade de melhorar o atendimento da APS e da ESF, e assim, aprimorar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) (GREEN; PIEHL, 2003). No entanto para alcançar tal fim, devem ser desenvolvidos

através de uma minuciosa metodologia, disseminados de maneira eficaz e bem implementados (GREEN; PIEHL, 2003).

Considerando o contexto de Saúde Bucal, a cárie dentária atualmente é a doença mais prevalente em todo o mundo gerando um impacto econômico global de saúde significativo (LISTL *et al.*, 2015; MARCENES *et al.*, 2013). No Estado do Mato Grosso do Sul, são escassos os dados de como os dentistas atuantes na atenção primária estão abordando e conduzindo a doença cárie. Também, é necessário saber se eles aplicam o conceito atual da odontologia minimamente invasiva ou da mínima intervenção. Embora os GPC acarretem diversos benefícios do ponto de vista social e econômico (WOOLF *et al.*, 1999; ECCLES; MASON, 2001; VAN DER SANDEN *et al.*, 2003; BAHTSEVANI, 2004; MILLER; KEARNEY, 2004; FAGGION, 2012) assim como ocorre em demais áreas da saúde, como a enfermagem e a medicina, existem barreiras e facilitadores para a implementação dos GPC na prática dos cuidados de saúde na odontologia. Pouco se conhece sobre as percepções, expectativas e opiniões dos dentistas, inclusive aqueles atuantes no serviço público do estado do Mato Grosso do Sul, como gestores e coordenadores estaduais e municipais.

Diante disso fica explícita a importância de se avaliar como está a situação atual do manejo da cárie dentária pelos dentistas e identificar as percepções quanto à implementação de Guias de Prática Clínica dentro dos serviços odontológicos da APS do Estado do Mato Grosso do Sul. Tendo em vista que os GPC em odontologia são baseados na OMI ou a mínima intervenção, e que pesquisas atuais apontam pouca aplicabilidade prática e pouco conhecimento sobre e fatores que influenciam a sua implementação (GROL *et al.*, 1998; ANUWAR E AB-MURAT, 2021), tal fato torna-se preocupante, à medida que recursos e investimentos envolvidos para o desenvolvimento de GPC de boa qualidade, podem ter insucesso, caso não sejam bem implementados.

Este trabalho pretendeu avaliar a percepção das partes interessadas em relação ao manejo da cárie dentária e quanto ao conhecimento e prática dos Guias de Prática Clínica (GPC) no contexto da APS do Estado do Mato Grosso do Sul, através do Quadro Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR). A hipótese a ser testada é de que existem barreiras e facilitadores que podem ser usados a favor, facilitando o processo de implementação e disseminação das GPS. Isso ajudaria a

otimizar a qualidade do serviço de saúde bucal na APS, dentro do contexto regional de Mato Grosso do Sul. Possivelmente, os achados desta pesquisa podem ser estudados e escalonados para todo território nacional.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Importância da Atenção Primária à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diversos níveis de tecnologias onde, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Foi instituída como estratégia, para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, os serviços de saúde ofertados são divididos em níveis de complexidade hierárquicos integrados, que compõe uma rede organizada, o nível primário, chamado de Atenção Básica/Primária, ofertado diretamente à população no município, com unidades de referência em um território específico. O nível secundário são os serviços especializados, de média e alta complexidade que devem ser utilizados apenas quando pertinente. Municípios desprovidos do serviço especializado, devem encaminhar o usuário para algum serviço como referência na Rede. Os serviços de maior complexidade (ex. hospitais de grande porte) são poucos, com isso a área de abrangência desses é mais ampla e contemplam procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores. (BRASIL, 2017).

Destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), por ser o nível de atenção responsável pelo cuidado e resolução das principais condições de saúde da população. Sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e em casos específicos encaminha para os demais níveis de atenção, portanto atua como ordenadora da rede de atenção (STARFIELD, 2005). Traz também melhor resultados de saúde a custos mais baixos ao sistema de saúde pública, sendo importante assim, para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON, M. *et al.*, 2018).

No Brasil, a APS tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal estratégia de organização, que surgiu como uma proposta para trazer melhorias ao modelo assistencial, visando viabilizar e reorganizar a APS. Trouxe o conceito ampliado de saúde, através da operacionalização por ações prioritariamente preventivas e promocionais de saúde pelas equipes multidisciplinares de saúde da família,

comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, com foco na unidade familiar e de acordo com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que se insere (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO 2005). Sua composição de equipe multidisciplinar cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (STARFIEL; SHI;MACINKO, 2005).

A composição mínima da equipe dessa estratégia é pelo profissional médico e enfermeiro, de preferência especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e a Equipe de Saúde Bucal (Esb) compostas pelo cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Esses profissionais atuam geralmente, em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), em articulação com os demais serviços de saúde da rede de atenção (BRASIL, 2017).

A vista disso, a APS é um componente estrutural considerado crítico do Sistema Único de Saúde, por ser a principal porta de acesso dos usuários e coordenadora do sistema (STARFIELD et al., 2005, KOVACS *et al.*, 2018). Há evidências de que o desempenho e a qualidade dos cuidados da atenção primária possuem impacto substancial na saúde pública (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

## **2.2 Atenção Odontológica na Estratégia da Saúde da Família**

Com um percurso marcado pelo domínio do setor privado na prestação de serviços odontológicos e com o Estado operando um modelo cirúrgico mutilador de cobertura restrita para escolares, voltadas apenas para assistência à doença periodontal e a cárie dentária, a atenção odontológica foi inserida a ESF, atendendo os princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações em Saúde Bucal na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família que ocorreu no ano 2000, representou o marco inicial para a ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico pelo SUS para toda a população. A aprovação de incentivo financeiro federal para implantar as equipes significou um olhar



importante para o setor odontológico e para a realidade assistencial nos municípios. (BRASIL, 2000).

Em março de 2004, o “Brasil Sorridente” surgiu em formato de diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com a proposta expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientando completamente o modelo assistencial no âmbito da Atenção Primária, como parte essencial na construção do SUS. Com o objetivo de melhorar as condições de saúde bucal na população e ampliar o atendimento estabeleceu algumas ações: Ampliação do atendimento na atenção primária, ações educativas, criação de centros de especialidades, implantação de próteses e fluoretação das águas de abastecimento público (BRASIL, 2006; LOURENÇO *et al.*, 2009).

Nessa lógica, a inclusão do serviço de saúde bucal na Saúde da Família reverteu o cenário da assistência odontológica no Brasil, e colaborou com o princípio da universalidade promovendo um acesso à toda população brasileira, e a integralidade, ou seja, compreendendo o indivíduo em sua totalidade, e não por partes, ofertando um serviço em todos os níveis e assegurando a intersetorialidade, através de ações direcionadas para a promoção de saúde, identificação de agravos, prevenção e tratamento das condições bucais, levando a uma conscientização dos indivíduos (LOURENÇO *et al.*, 2009).

A composição da Equipe de saúde bucal (eSB) é definida em três modalidades. Modalidade I: dois profissionais: Cirurgião Dentista (CD) + Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico de Saúde Bucal (TSB). Modalidade II: três profissionais: CD + TSB + ASB ou TSB. Modalidade III: profissionais de uma das modalidades, que operam em Unidade Odontológica Móvel (BRASIL, 2018). As atividades inerentes as eSB contemplam, o planejamento, atividades clínicas/ambulatoriais e coletivas, visitas domiciliares, matriciamento, saúde do trabalhador, educação permanente/continuada, entre outras (BRASIL, 2018). Devem prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas em conjunto com outros profissionais da eSF, sempre voltado à atuação para promoção de saúde, controle e tratamento de doenças bucais, através de procedimentos clínicos como, periodontia básica, restaurações, extrações, profilaxia e aplicação tópica de flúor. É importante ressaltar o papel do conhecimento em saúde coletiva, para aliar o conhecimento técnico ao compromisso social. Assim

como, os demais profissionais que compõe a eSF. Os envolvidos da eSB possuem responsabilidade na defesa de políticas públicas saudáveis e na contribuição com a capacitação da população em busca de sua qualidade de vida e de sua comunidade (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; EMMI; BARROSO, 2008).

### **2.3 Política Pública de Saúde baseada em evidências científicas**

Os cuidados de saúde requisitam a avaliação sistemática de evidências científicas atuais e clinicamente relevantes, juntamente com a experiência do profissional, às necessidades do caso clínico, a história médica e oral além das condições individuais e a escolha do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 1992). Diante disso, o ritmo de mudanças nos cuidados de saúde vem progredindo ao passar dos anos, com o objetivo de implementar intervenções priorizando condutas clínicas custo-efetivas (LAU et al, 2015). O esforço para melhorar a qualidade do atendimento e, ao mesmo tempo reduzir os custos, levou a tentativas generalizadas de promover o atendimento baseado em evidências (MICKAN; BURLS; GLASZIOU, 2011). Diante disso, há um grande interesse por gestores de saúde pública relacionado à implementação de políticas de saúde baseada em evidências científicas de alta qualidade, com a finalidade de aprimorar a execução sistema de saúde (BAICKER; CHANDA, 2017; BLACK, 2001).

Políticas públicas de saúde baseadas em evidência foram desenvolvidas inicialmente por profissionais da medicina que, há vários anos sistematizam o uso de evidência científica para elaborar os chamados Guias de Prática Clínica (GPC) ou Diretrizes Clínica (Clinical Practice Guidelines). Esses instrumentos são considerados ferramentas extremamente relevantes de apoio na decisão clínica baseada em evidência científica (BLACK, 2001), por apresentarem uma síntese da evidência atual através de recomendações de condutas (KOVACS et al., 2018). Inclusive exercem um papel importante na formação de políticas de saúde (BROWMAN; SNIDER; ELLIS, 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 1990) e passaram a abranger todo o processo de cuidados de saúde (promoção, rastreamento e diagnóstico) (BROUWERS *et al.*, 2010).

### **2.4 Guias de prática clínica (GPC)**

O Institute of Medicine (IOM) descreve GPC como:

Diretrizes clínicas são declarações que incluem recomendações destinadas a otimizar o atendimento ao paciente, informadas por uma revisão sistemática de evidências e na avaliação dos benefícios e malefícios das opções alternativas de tratamento<sup>1</sup> (KOVACS *et al.*, 2011, tradução nossa).

Ou seja, estabelecem padrões de atendimento embasado em fortes evidências científicas reduzindo a versatilidade no processo de cuidado. A principal finalidade dos guias é direcionar e auxiliar os profissionais e os pacientes. Conseqüentemente, traz potenciais benefícios para a prática clínica, dentre eles estão a otimização na qualidade do atendimento, do cuidado, e da eficácia clínica, assim como do conhecimento e consciência do paciente quanto aos benefícios e danos da terapêutica proposta (incluindo nenhum tratamento), sendo assim, podem melhorar a gestão geral do sistema de saúde, diminuindo a variabilidade na prestação dos serviços e ajudando na contenção de custos do atendimento, pois incluem as pesquisas dentro da vivência clínica (WOOLF *et al.*, 1999; ECCLES; MASON, 2001; VAN DER SANDEN *et al.*, 2003; BAHTSEVANI, 2004; MILLER; KEARNEY, 2004; FAGGION, 2012).

Essas diretrizes são elaboradas frequentemente através de um consenso por uma equipe multidisciplinar incluindo diversos profissionais, especialistas e pacientes (FAGGION, 2012) na qual, presumivelmente devem ser baseadas nas melhores evidências disponíveis (FLETCHER; FLETCHER, 1998). Para orientar o desenvolvimento de GPC algumas instituições que estabelecem padrões e instrumentos para o seu desenvolvimento, como o National Institute for Clinical Excellence (NICE), o Institute of medicine (IOM) e o Guideline International Network (GIN) (BROUWERS *et al.*, 2010; INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Também existem alguns meios de avaliação da transparência do processo de desenvolvimento de GPC, o que estaria correlacionado com a qualidade e confiabilidade do documento. Para avaliação dos GPC existem diversas ferramentas, mas o Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) é preferível por ser um instrumento mais abrangente e de fácil uso (SIERING *et al.*, 2013). É um instrumento válido e disponível em vários idiomas, inclusive no português. Sua

---

<sup>1</sup> "Clinical guidelines are statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and na assessment of the benefits and harms of alternative care options." (KOVACS *et al.*, 2011)

segunda versão mais recente é o AGREE II, foi publicado em 2009. O AGREE II é composto por 23 itens organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global. Cada domínio identifica uma única dimensão de qualidade da diretriz. Domínio 1 – Escopo e finalidade, está relacionado ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo. Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas, que foca em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos. Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento, condiz com o processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização. Domínio 4 – Clareza da apresentação diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz. Domínio 5 – Aplicabilidade trata-se dos prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, assim como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz. Domínio 6 – Independência editorial, condiz com a formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes. A avaliação global inclui a classificação da qualidade em geral da diretriz e se ela pode ser recomendada para o uso na prática (BROUWERS *et al.*, 2010).

É evidente que os GPC possuem um alto potencial de melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes e garantir uma prática satisfatória, se forem desenvolvidos através de uma minuciosa metodologia, disseminados de maneira eficaz e bem implementados (GREEN; PIEHL, 2003). No entanto, é notável em pesquisas recentes, uma baixa aplicabilidade dos guias nas últimas décadas (ARMSTRONG *et al.*, 2017; GAGLIARDI *et al.*, 2015; ALONSO-COELLO *et al.*, 2010; MICKAN; BURLS; GLASZIOU, 2011). Embora os GPC tragam diversos benefícios do ponto de vista social e econômico, há uma certa dúvida e apreensão quanto ao desenvolvimento e na implementação dos GPC na prática dos cuidados de saúde tanto na medicina, na enfermagem e na odontologia. As preocupações também estão relacionadas a confiabilidade, a validade, a disponibilidade e a eficácia na prática (FAGGION, 2012). Clarkson, (2004) e Long *et al.*, (2014) apontam algumas barreiras reconhecidas pelos profissionais, dentre elas, a falta de tempo, falta de interesse, de envolvimento, de informação e falta de remuneração, perda da autonomia profissional entre outras.

Em relação a APS, Lau *et al.*, (2016) descreve como fatores causais da lacuna entre evidência científica e prática os fatores relacionados ao contexto externo (incentivo, legislação entre outros), a organização (processos, sistemas e cultura organizacional), ao profissional (suas competências, habilidades e filosofia de cuidado, e a intervenção em si (complexidade, dados de segurança, efetividade, entre outras). Isso torna um fato preocupante, a medida em que, os recursos e o investimento envolvidos para o desenvolvimento de um GPC de alta qualidade, podem ter insucesso, caso não sejam implementados adequadamente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Os estudos também apontam variação nas estratégias de implementação para promover a adesão aos GPC na APS, e mostram a importância em reduzir a sua complexidade e adaptá-las as condições locais e as necessidades dos profissionais na APS. Inclusive Kovacs *et al.*, (2018) relatam que, estratégias devem ser elaboradas em conjunto com a construção do GPC.

## **2.5 Cárie dentária**

### **2.5.1 Definição**

A cárie dentária é considerada uma destruição local irreversível dos tecidos duros dentários causada pelos ácidos produzidos pelo metabolismo bacteriano dos carboidratos da dieta (FEJERSKOV; NYVAD; KIDD, 2017). Foi definida por Lima, (2007), como uma lesão do esmalte dentário, que apresenta sinais clínicos, decorrente da desmineralização irreversível provocada por um desequilíbrio químico (fenômeno des-re) frequente, durante um determinado período, causada pela ação dos subprodutos ácidos advindos do metabolismo dos carboidratos dos microrganismos presentes no biofilme bacteriano (placa dentária), podendo progredir atingindo a dentina causando uma lesão de dentina, acarretando em prejuízos ao indivíduo. Portanto a lesão pode afetar a superfície dentária correspondente ao esmalte na porção da coroa do dente, ao cemento presente na porção radicular e o tecido subjacente correspondente a dentina (SEWLWITZ; ISAMAIL; PITTS; 2007).

Muito se discute quanto aos conceitos e terminologias, do termo cárie dentária ou cárie, que são usados para apontar tanto a lesão de cárie (cavitada ou não) quanto o processo de cárie. Popularmente os dentistas, profissionais de saúde em geral e os pacientes geralmente referem uma lesão de cárie como uma cavidade no dente. No entanto, a cavidade é a seqüela do processo de cárie e um indicativo do avanço da doença. O processo progride partindo de alterações a nível molecular que são imperceptíveis clinicamente, e evolui para uma lesão de cárie incipiente ou inicial clinicamente representada por uma mancha branca até chegar em uma cavitação, sendo assim considerada uma lesão de cárie avançada (LIMA, 2007; SEWLWITZ; ISAMAIL; PITTS; 2007; FEJERSKOV; NYVAD; KIDD, 2017). Quando acomete dentes decíduos em bebês e crianças com idade pré-escolar é comumente denominada “cárie na primeira infância”, correspondendo uma forma agressiva que se desenvolve geralmente em dentes anteriores e molares decíduos (DE GRAUWE; APS; MARTENS, 2004).

A cárie também é conhecida como uma doença crônica, não autolimitada que progride lentamente até destruir os tecidos mineralizados do dente, resultando em lesões cariosas. No entanto é uma doença evitável e inicialmente reversível, pode ser paralisada em qualquer estágio até mesmo quando envolve esmalte e dentina (cavitação) (SEWLWITZ; ISAMAIL; PITTS; 2007).

### 2.5.2 O processo de cárie

A cárie se inicia através de um desequilíbrio fisiológico (fenômeno de desmineralização e remineralização mediado pela saliva), causado pelo metabolismo de carboidratos da dieta por microorganismo presentes no biofilme dentário, que ao passar do tempo pode resultar em desmineralização dos tecidos dentários (FEJERSKOV 16 IN LIMA 2007). A perda de mineral em si é reversível, não sendo considerada suficiente para o estabelecimento de uma lesão de cárie. Em contrapartida a falta de controle periódico do biofilme em um intervalo de tempo e a ingestão de uma dieta cariogênica frequente, impedem o reequilíbrio do fenômeno des-re, podendo assim, surgir desmineralizações irreversíveis, porém em nível sub-clínico, que podem ser interrompidas sem chegar a ser diagnosticada. Se o processo

continuar por mais tempo, por não haver um controle periódico do biofilme dentário associado a um aumento da dieta cariogênica a desmineralização irreversível progride chegando a apresentar sinais clínicos, estabelecendo uma lesão de cárie, ainda que nesse estágio seja incipiente (mancha branca), quanto maior o desequilíbrio, mais a lesão vai intensificando chegando à uma cavitação, determinando uma lesão de cárie avançada (LIMA, 2007).

### 2.5.3 Etiologia

É considerada uma doença com etiologia multifatorial e complexa, onde reuni vários fatores etiológicos. Pesquisas consideram diversas variáveis que interferem direta ou indiretamente no aparecimento da lesão de cárie dentária, entretanto, entender o processo da cárie, mostra que não existe um fator determinante para o estabelecimento de uma lesão de cárie, porém a frequência da ingestão de carboidratos na dieta e o controle periódico do biofilme bacteriano influenciam na instalação da lesão cariosa, sendo assim, Lima (2007), considera os microrganismos e a dieta cariogênica como fatores participativos na etiologia da cárie.

Outros fatores, salivares, imunológicos, socioeconômicos, comportamentais, culturais, quantidade de microrganismos e fluoroterapia interferem direta ou indiretamente no reequilíbrio do fenômeno des-re, portanto são apontados como fatores de importância relativa para o estabelecimento de estratégias preventivas (LIMA, 2007).

### 2.5.4 Prevalência

Dentro do contexto de saúde bucal, a cárie dentária atualmente ainda é doença mais prevalente em todo o mundo, acometendo bilhões de pessoas, gerando um impacto econômico global de saúde significativo (LISTL *et al.*, 2015; MARCENES *et al.*, 2013). O último levantamento epidemiológico do SB Brasil 2010 indica um declínio da cárie dentária na população brasileira, no entanto, esse comportamento é desigual. A doença foi mais prevalente na população com baixa renda, em indivíduos

autodeclarados de raça/cor da pele amarela e na região norte, nordeste e centro-oeste do que na região sul e sudeste.

Apesar dessa melhora na prevalência da cárie dentária, ela é uma doença evitável e continua sendo uma doença muito comum na população brasileira, no centro oeste atinge cerca de 41% dos adolescentes na idade de 12 anos, onde a maior prevalência foi encontrada no estado do Mato Grosso, seguido de Goiás e Mato Grosso do Sul. (BANERJEE *et al.*, 2017; BRASIL, 2012; DA SILVA, 2020)

Portanto a abordagem do dentista fundamentada em evidência científica expressa um papel significativo na qualidade final do tratamento e conseqüentemente na redução desse índice. Logo a conduta clínica deve ser baseada em evidências científicas atuais (BANERJEE *et al.*, 2017) sintetizadas a partir de estudos clínicos (RICKETTS *et al.*, 2019).

#### 2.5.5 Diagnóstico de cárie dentária

O diagnóstico de cárie pode ser dividido em três etapas, a primeira a identificação da lesão (detecção da cárie), seguida da avaliação da gravidade da lesão (inicial, moderada ou extensa) e da atividade da lesão (ativa ou inativa) (EKSTRAND; RICKETTS; KIDD, 2001). É válido ressaltar a importância da detecção dos estágios iniciais das lesões de cárie, permitindo a aplicação eficaz de intervenções preventivas ou de uma mínima intervenção.

A progressão da lesão de cárie é dinâmica, dependente da dissolução e redeposição dos minerais do dente, alterando também o seu comportamento clínico dependendo da sua atividade. Assim então, classificam as lesões em cavitada ativa ou inativa e lesões não cavitada ativa ou inativa. (NYVAD; MACHIULSKIENE; BAELUM, 1999; PITTS *et al.*, 2014).

Há vários métodos de detecção e diagnóstico de cárie dentária, no entanto o dispositivo recomendado para a prática na atenção primária é o uso de uma inspeção visual minuciosamente treinada de dentes limpos e secos concomitante com a sondagem através de uma sonda de ponta esférica (sonda OMS), complementando quando indicado, por métodos radiográficos (GOMEZ *et al.*, 2013; ISMAIL *et al.*, 2015; PRETTY; EKSTRAND, 2016).



A literatura reporta parâmetros clínicos para auxiliar na avaliação e no diagnóstico da atividade de lesões de cáries, entre eles são a aparência visual (branca/marrom/cavitada/brilhosa/fosca), a sensação tátil (lisa/áspera) e a localização (área de estagnação de placa ou de fácil acesso) (EKSTRAND *et al.*, 2007; PITTS *et al.*, 2014; PRETTY; EKSTRAND, 2016), além da identificação de sangramento gengival à sondagem próximo a uma lesão gengival ou proximal. (EKSTRAND; BRUUN; BRUUN, 1998).

Compreende como lesão cariiosa não cavitada, lesões com superfícies que aparece intactas e sem cavitação. São conhecidas como lesões iniciais, incipientes, precoces ou manchas brancas (mesmo podendo ser marrom). Lesões cavitadas apresentam superfícies não intactas com descontinuidade ou quebra da integridade da superfície (FONTANA *et al.*, 2010; LONGBOTTOM *et al.*, 2009).

Uma lesão ativa em esmalte é considerada quando se observa uma superfície esbranquiçada, amarelada e/ou descolorida marrom, opaca com perda de brilho e áspera, localizada em área de estagnação de placa, como fóssulas e fissuras, geralmente em superfícies proximais e/ou próximo da margem gengival. Em dentina ou na porção radicular apresenta-se macia ou coriácea, descolorida ou com sombreamento cinza. Por outro lado, lesões inativas em esmalte demonstram uma superfície esbranquiçada, acastanhada ou preto, porém o esmalte é brilhante, duro e liso. Geralmente não tem proximidade com a margem gengival e está localizada em uma região de fácil acesso para higienização, portanto não há acúmulo de biofilme. Em dentina a sua aparência é brilhante, suave e dura. Segundo Pitts e colaboradores (2015) a lesão ativa possui uma alta probabilidade de transição, ou seja, de progredir, regredir ou paralisar, em contrapartida a lesão inativa possui baixa probabilidade de transição, então o seu estágio de gravidade é permanente.

A avaliação do risco de cárie se baseia em informações advindas do histórico do paciente considerando sexo, idade, índice de placa, frequência de escovação dos dentes, exposição ao flúor, consumo frequente de açúcar, experiência de cárie, situação socioeconômica, acesso à saúde, em conjunto com a avaliação intra-oral que considera, a avaliação da quantidade e localização da placa, hipossalivação, sepse dentária, fatores retentivos de biofilme e exposição radicular. (CARVALHO *et al.*, 2017; PITTS *et al.*, 2014). O ICCMS<sup>tm</sup> (The International Caries Classification and

Management System) reconhece risco de cárie como a combinação do status de risco do paciente com a presença ou não de lesões ativas.

Há uma variedade de ferramentas que auxiliam a calcular o status do risco de cárie por exemplo, cariograma, Universidade de Michigan, Universidade de Indiana, Universidade da Carolina do Norte, Modelo de avaliação de risco Dundee, formulário de risco de gerenciamento de cárie e o CAMBRA (Gerenciamento de Cárie por Avaliação de Risco). Na maioria desses dispositivos o risco de cárie normalmente pode ser avaliado em três níveis: Baixo, moderado e alto (PITTS *et al.*, 2014).

Sistemas de pontuação e classificação são de grande valia para detecção da lesão de cárie através da inspeção visual na atenção primária, pela sua facilidade e baixo custo operacional (PRETTY; EKSTRAND, 2016). Dentre eles estão disponíveis o Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cáries (ICDAS) (PITTS *et al.*, 2014), o sistema Nyvad (1999) e o Threshold Method for Caries Diagnosis (DSTM) (FYFFE *et al.*, 2000), São instrumentos que permitem a precisão no diagnóstico de lesões de cárie dentária, pois orientam os profissionais a caracterizarem as lesões identificadas. Em uma revisão sistemática realizada por Gimenez, (2015) a ferramenta ICDAS apresentou superioridade na detecção das lesões de cárie oclusais iniciais e avançadas em dentes decíduos e permanentes em relação as demais.

O ICDAS foi desenvolvido na busca de um sistema moderno baseado em evidências e orientado para a prevenção voltado para a aplicação na prática clínica, na pesquisa, na educação e em saúde pública (PITTS *et al.*, 2011). Ele classifica os estágios do processo de cárie baseado na extensão biológica da lesão e sua aparência clínica. Está associado ao Sistema Internacional de Classificação e Gerenciamento de Cárie – ICCMS, que sintetiza as informações mais amplas no nível do paciente com as avaliações dentárias do ICDAS, com objetivo de planejar, gerenciar e revisar a cárie dentária (PITTS, N. B.; EKSTRAND, 2013). O protocolo de exame e o sistema de codificação está à disposição para download gratuitamente na página E- Learning do site da Fundação ICDAS (2005) em quatro idiomas, inglês, espanhol, alemão e português.

Portanto o diagnóstico da lesão cariosa compreende a determinação do risco de cárie e a avaliação da atividade das lesões, sendo estes critérios fundamentais para determinar o prognóstico, prevendo a probabilidade de surgir novas lesões

cariosas ou a progressão de lesões pré-existentes, sendo assim esses conceitos devem ser considerados durante o manejo da lesão de cárie dentária (PITTS *et al.*, 2014).

## 2.6 Intervenções no manejo de cárie dentária

Atualmente a Odontologia Minimamente Invasiva (OMI) ou mínima intervenção aplica uma filosofia conservadora que muda o modelo tradicional mecanicista de tratamento em saúde bucal, pois defende a máxima preservação da estrutura dentária, tornando uma abordagem que busca a promoção de saúde e preservação de saúde oral, deixando de lado técnicas invasivas, complexas e onerosas para o paciente (FEJERSKOV; KIDD, 2011).

Desde 1992 a abordagem Odontológica Minimamente Invasiva vem sendo defendida, quando Dawson e Makinso argumentaram que não há cura da doença cárie dentária através do tratamento restaurador e que a importância deve ser dada à prevenção, remineralização, mínima intervenção invasiva e menor substituição das restaurações. Desde então, a abordagem odontologia minimamente invasiva (OMI) mudou e passou a incluir detecção precoce de cárie e avaliação de risco; remineralização do esmalte desmineralizado e dentina; medidas preventivas da cárie e a máxima preservação da estrutura dentária, utilizando somente quando necessário intervenções cirúrgicas invasivas mínimas e reparando, quando for vantajoso, ao invés de substituir restaurações defeituosas (FRENCKEN *et al.*, 2012).

Sendo assim, deve se adotar estratégias de promoção da saúde visando reduzir a carga da doença antes do paciente procurar atendimento odontológico. Portanto o objetivo principal de um plano de controle da cárie dentária é prevenir o aparecimento das lesões (SELWITZ.; ISMAIL; PITTS, 2007; SLAYTON *et al.*, 2018), através do autocuidado, controle periódico do biofilme dentário, do uso de fluoretos e de aplicação de selantes (SELWITZ.; ISMAIL; PITTS, 2007).

No entanto, depois que a doença se instala, há um desafio dos cirurgiões-dentistas em determinar a melhor abordagem que busque interromper o processo carioso, mas pode ser alcançado através da aplicação de intervenções à nível do paciente concomitante ao manejo da lesão cariosa. As intervenções à nível do

paciente requerem a colaboração do mesmo para o sucesso do tratamento, estas incluem instruções de higiene oral, escovação com dentifrícios fluoretados, aconselhamentos dietéticos (redução no consumo de açúcar) entre outras (PRETTY; EKSTRAND, 2015; SLAYTON *et al.*, 2018).

Intervenções no nível da lesão envolve diferentes abordagens de tratamento, os não cirúrgicos (não invasivos e microinvasivos), que são conservadores, benéficos em lesões não cavitadas (lesões iniciais) ou microcavitadas que possuem potencial de paralização ou reversão, visam interromper o processo da doença através de intervenções químicas ou mecânicas minimizando a perda da estrutura dentária. E os cirúrgicos que incluem procedimentos minimamente invasivos e invasivos geralmente indicados em lesões cavitadas pois apresentam menor probabilidade de reversão (SLAYTON *et al.*, 2018).

O manejo clínico das lesões depende do diagnóstico e da classificação da lesão, para lesões inativas não é recomendável intervenções cirúrgicas ou invasivas, requerem apenas prevenção baseada no risco e controle (PITTS *et al.*, 2014). No entanto lesões ativas geralmente requerem abordagens ditadas pela profundidade/ gravidade da lesão, como tratamentos preventivos que inclui a aplicação tópica de flúor e selantes ou cirúrgicos. A abordagem cirúrgica deve ser conservadora, onde a extensão do preparo deve ser orientada na disseminação da lesão, prevenido a exposição pulpar mediante o capeamento pulpar ou da remoção da dentina infectada, através da escavação gradual ou parcial de cárie, sendo aceitável deixar a dentina cariada na parede pulpar (BJØRNDAL; KIDD, 2005; MALTZ; ALVES, 2013; PITTS *et al.*, 2014; SCHWENDICKE *et al.*, 2016).

## **2.7 Guias de prática clínica no manejo de cárie dentária**

Nesse sentido é possível afirmar que as evidências atuais em odontologia e cariologia defendam fortemente o uso de terapias não invasivas ou procedimentos minimamente invasivos (MI), no que diz respeito ao manejo dessa doença, tendo em vista o nível dentário e individual. Porém mundialmente há uma grande lacuna entre as recomendações baseadas em evidências e a aplicabilidade prática dos conceitos atuais (URQUHART *et al.*, 2018). As razões para essas discordâncias são complexas,

mas há vários fatores contribuintes como, inconsistência nas diretrizes clínicas entre grupos profissionais, diferentes condutas clínicas dos profissionais e na educação odontológica, que muitas vezes podem ter conceitos desatualizados (BANERJEE, 2013).

Assim como nas demais práticas de saúde, a prática clínica odontológica baseada em evidência tem como objetivo fornecer aos dentistas um padrão profissional e servir de apoio para a educação continuada. Em odontologia, já estão disponíveis alguns guias principalmente na Europa e na América do Norte, onde algumas associações odontológicas desenvolveram um programa de garantia de qualidade, onde a colaboração interprofissional e a construção de diretrizes de prática clínica são partes fundamentais. Entretanto, em muitos países essas diretrizes não são disseminadas e implementadas sistematicamente em todas as regiões do país (VAN DER SANDEN *et al.*, 2003).

De fato, é difícil mudar dogmas incorporadas por muitos anos, onde os ensinamentos se baseavam em uma odontologia predominantemente curativa, onde há pouco esclarecimento das vantagens da aplicação de conceitos de promoção de saúde e prevenção para a manutenção dos dentes naturais em contrapartida aos dentes artificiais (FEJERSKOV; KIDD, 2011).

Anuwar e Ab-Murat (2021) identificaram treze GPC relacionados ao manejo de cárie dentária, no qual apenas cinco GPC foram considerados de boa qualidade, ou seja, obtiveram pontuação acima de 60%. O estudo foi através de uma revisão sistemática das diretrizes disponíveis na língua inglesa ou malaio, associadas ao manejo de cárie dentária publicadas entre os anos de 2000 a 2019. A avaliação da qualidade das diretrizes foi através da ferramenta AGREE II (Tabela 1). As diretrizes de Stayton *et al.* obtiveram a maior pontuação (100%) seguido de SDCEP (97,9%), Irish Oral Health Services Guideline Initiative (92,7%), National Collaborating Centre for Acute Care (87,5%), SIGN (87,5%), Campus *et al.* (54,2%), Richards (45,8%), Ismail *et al.* (42,7%), Fayle *et al.* (16,7%), AAPD (16,7%), Moyer (12,5%), Young and Featherstone (0%). Todas as 5 diretrizes selecionadas de alta qualidade obtiveram pontuação no domínio de alto desempenho (<70%), no entanto uma dessas diretrizes teve uma pontuação mais baixa no domínio aplicabilidade (70,8%). O domínio aplicabilidade se refere as barreiras e facilitadores durante a implementação.

**Tabela 1.** Diretrizes relacionadas ao manejo de cárie dentária

(Continua)

<b>N°</b>	<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Editor</b>	<b>Idioma</b>	<b>Ano de publicação</b>
1	National Collaborating Centre for Acute Care	Dental checks: intervals between oral health reviews	NICE	Inglês britânico	2004 (atualizado em 2008)
2	Campus <i>et al</i>	National Italian Guidelines for caries prevention in 0 to 12-year-old children	European Journal	Italia, inglês	2007
3	Irish Oral Health Services Guideline Initiative	Strategies to prevent dental caries in children and adolescents: evidence-based guidance on identifying high caries risk children and developing preventive strategies for high caries risk children in Ireland	AHRQ (US) – Agency for Healthcare Research and Quality	Irlanda, inglês	2009
4	Fayle et al	British Society of Paediatric Dentistry: A policy document on management of caries in the primary dentition	BSPD	Reino Unido, inglês	2010
5	Ministry of health, Malaysia	Management of severe Early childhood caries (Second Edition)	Ministry of Health Malaysia	Malásia, inglês	2012
6	Young and Featherstone	Caries management by risk assessment	American Dental Association (ADA)	EUA inglês	2013
7	SIGN	Dental interventions to prevent caries in children (SIGN CPG 138)	SIGN	Reino Unido Inglês	2014

**Tabela 2.** Diretrizes relacionadas ao manejo de cárie dentária

(Continuação)					
Nº	Autor	Título	Editor	Idioma	Ano de publicação
8	Ismail et al	The International Caries Classification and Management System (ICCMS™) An Example of a Caries Management Pathway	ICCMSTM	Reino Unido Inglês	2014
9	Moyer	Prevention of dental caries in children from birth through five Years of age: Recommendation statement	USPTF	USA Inglês	2014
10	Richards	Best clinical practice guidance for management of Early caries lesions in children and Young adults: na EAPS policy document	EAPD	Grécia Inglês	2016
11	AAPD	Policy on Early childhood caries (ECC): Classification, consequences and preventive strategies	AAPD	USA inglês	2016
12	SDCEP	Prevention and management of dental caries in children (second edition)	SDCEP	Escócia, inglês	2018
13	Stayton <i>et al</i>	Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions A report from the American Dental Association	American Dental Association	USA, inglês	2018

**Fonte:** Adaptado de Anuwar e Ab-murat (2021, p.221).

Pesquisas mostram pouco conhecimento sobre as atitudes, expectativas e opiniões dos dentistas em relação ao desenvolvimento e uso de diretrizes de prática clínica. Ocorre uma atenção maior à validade científica e qualidade das diretrizes, no entanto há poucas pesquisas sobre fatores que influenciam o seu uso na prática clínica (GROL *et al.*, 1998).

## **2.8 A ciência da implementação na incorporação de novas tecnologias no SUS**

As tecnologias em saúde consistem desde equipamentos e medicamentos, assim como procedimentos técnicos e sistemas (organizacionais, educacionais, informacionais, e de suporte), além dos programas e protocolos/guias assistenciais que permitem a atenção e a prestação de cuidados à população (BRASIL, 2005).

A progressão das pesquisas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde trazem benefícios para a população (LICHTENBERG, 2001; CUTLER; MCCLELLAN, 2011). Contudo, a necessidade do sistema público de saúde no Brasil – SUS – garantir os princípios constitucionais, um sistema de saúde universal, que garanta o acesso equânime e integral, vem intimidando o setor público a utilizar ferramentas para racionalização de recursos na área da saúde (SANTOS, 2010; BRASIL, 2014).

Além disso, o surgimento frequente de novos produtos e tecnologias para o uso na prevenção e atenção à saúde vem mostrando singularidades que apontam a necessidade de observar, além do seu potencial impacto no sistema de saúde, ou seja, sua contribuição para promoção, manutenção ou reabilitação da saúde, seus riscos e custos em todo o processo de decisão, a respeito da incorporação de uma tecnologia pelo sistema de saúde, promovendo assim, o uso racional das tecnologias disponíveis (SCHARMM; ESCOSTEGUY, 2000; ARAÚJO; FERRAZ, 2005; CAPUCHO *et al.*, 2012;).

Consolidando o esforço para que as políticas públicas em saúde sejam baseadas em evidências científicas e com o compromisso com a qualidade dos procedimentos diagnósticos, preventivos e terapêuticos (BRASIL, 2014), no campo da saúde em geral é muito importante que decisões de condutas clínicas e de políticas públicas sejam a partir de evidências científicas sólidas e consistentes, porém não é sempre que isso acontece, observa-se uma heterogenia na forma de conduzir o mesmo problema de



saúde. Ao analisar o campo de políticas públicas de saúde, a estruturação dos serviços em diferentes regiões brasileiras, associadas a diferentes formações profissionais, pode-se trazer explicações à essas diferentes condutas e práticas (AIELLO *et al.*, 2021). Frente a isso, a ciência da implementação é uma ferramenta chave para essa questão, pois é um estudo de métodos para promover a aplicação dos resultados das pesquisas científicas na prática dos serviços de saúde, com o objetivo de beneficiar a população (ECCLES; MITTMAN, 2006). Além disso, é um campo que inclui uma avaliação quantitativa e qualitativa do processo, que pode ter como finalidade investigações exploratórias, ou seja, no planejamento de uma implementação futura, ou explicativas, para identificar as causas de falhas de implementação anteriores (PETERS; ADAM; ALONGE, 2013). Entender o processo e todo seu contexto pode auxiliar em uma melhor fidelidade dos elementos que influenciam na eficácia de uma intervenção, assim como na adaptabilidade em um cenário local (PEREZ *et al.*, 2016).

Existe uma variedade de quadros conceituais e teorias de implementação que auxiliam as pesquisas em ciência de implementação, alguns foram citados para o estudo de Varsi *et al.*, (2015), o framework Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance (RE-AIM), o framework PARiHS, Modelo de Aceitação de Tecnologia, e Teoria do Processo de Normalização, e a Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação (CFIR).

Em 2009, o CFIR foi publicado originalmente por Damschroeder *et al.*, (2009) a ferramenta original integrou as teorias publicadas anteriormente em uma única e consolidada, através de uma revisão da literatura científica, com o intuito de nortear as pesquisas de implementação. Que por sua vez, passou a ser uma das ferramentas mais empregadas para planejar e avaliar a implementação em saúde pública (DAMSCHROEDER *et al.*, 2009). Em 2022 foi atualizada baseando-se no feedback dos usuários (DAMSCHROEDER *et al.*, 2022). De acordo com o CFIR, existem vários fatores que podem influenciar para o sucesso ou fracasso da implementação, incluindo (1) as características da intervenção; (2) o ambiente interno onde a implementação está ocorrendo; (3) o ambiente externo (ou seja, o contexto econômico, político e social dentro do qual uma organização situa-se); (4) as características dos indivíduos implementadores; e também (5) os processos de

implementação (DAMSCHROEDER *et al*, 2009). O CFIR é uma ferramenta que reuniu diversas teorias em um único quadro/modelo conceitual, e fornece uma taxonomia abrangente de 26 constructos e 9 subitens organizados operacionalmente de 5 grandes domínios chaves em relação à implementação, sendo estes (1) Características da intervenção, (2) Cenário externo, (3) Cenário interno, (4) Característica dos indivíduos e (5) Processo. (DAMSCHROEDER *et al*, 2009) conforme a descrição (Quadro 1).

**Quadro 1.** Descrição dos domínios e constructos do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

<b>Domínio</b>	<b>Costructo/Subconstructo</b>	<b>Definição</b>
<b>Características da intervenção:</b> Atributos da intervenção que está sendo implementada.	• Origem da intervenção	Percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida internamente ou externamente.
	• Força e qualidade da evidência	Percepção dos principais interessados de que a qualidade e a validade da evidência.
	• Vantagem relativa	Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção.
	• Adaptabilidade	Grau que uma intervenção pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais.
	• Testabilidade	A habilidade de testar a intervenção em pequena escala.
	• Complexidade	Dificuldade percebida da implementação.
	• Qualidade do projeto e da apresentação	Excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada.
<b>Configuração externa:</b> Fatores externos (econômico, político, social) da organização que podem influenciar a implementação da intervenção	• Custo	Custos relacionados à implementação da intervenção.
	• Necessidade dos pacientes e recursos	Conhecer e priorizar as necessidades dos pacientes.
	• Cosmopolitanismo	Grau de comunicação com outras organizações externas.
	• Pressão de pares	Competitividade com organizações que já implementaram a intervenção.
<b>Configuração interna:</b> Aspectos estruturais, políticos e culturais que podem influenciar no processo de implementação	• Políticas e incentivos externos	Estratégias para disseminar as intervenções.
	• Características estruturais	Tamanho, idade, arquitetura e maturidade da organização.
	• Rede de relação e comunicação	Natureza e qualidade da comunicação dentro da organização.
	• Cultura	Normas, valores e premissas básicas da organização.
	• Clima de Implementação	Capacidade de absorção da mudança, receptividade, engajamento e apoio dos indivíduos e organização para a implementação
	1. Tensão para a mudança 2. Compatibilidade 3. Prioridade relativa 4. Incentivos e recompensas organizacionais 5. Metas e retroalimentação 6. Clima de aprendizagem	1. Percepção se a situação necessita de mudança ou não. 2. Como os indivíduos se alinham em relação a intervenção, assim como a intervenção se ajusta aos trabalhos já existentes. 3. Percepção compartilhada dos indivíduos sobre a importância da implementação dentro da organização. 4. Recursos da organização para com os indivíduos.

**Quadro 1.** Descrição dos domínios e constructos do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

<b>Domínio</b>	<b>Costructo/Subconstructo</b>	<b>Definição</b>
<b>Configuração interna:</b> Aspectos estruturais, políticos e culturais que podem influenciar no processo de implementação		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Alinhamento das metas, seguido de um feedback e vice-versa.</li> <li>6. a) Líderes que apresentam suas falhas e necessidade de ajuda; b) Valorização da equipe; c) Equipe segura para experimentar novas intervenções; d) Tempo para reflexão e avaliação de processos.</li> </ol>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontidão para implementação               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compromisso da liderança</li> <li>2. Recursos disponíveis</li> <li>3. Acesso à informação e ao conhecimento</li> </ol> </li> </ul>	Indicadores do compromisso organizacional com a implementação de uma intervenção. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envolvimento e responsabilidade de líderes e gestores com a intervenção.</li> <li>2. Recursos para operacionalizar a intervenção.</li> <li>3. Facilidade na obtenção de informações sobre a intervenção e como incorporá-la na rotina da organização.</li> </ol>
<b>Características dos indivíduos:</b> Atitude e envolvimento dos indivíduos com a implementação da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento e crenças sobre a intervenção</li> </ul>	Atitudes familiaridade, informação e princípios relacionados a intervenção. Entusiasmo, habilidade e sustentação da intervenção.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto eficácia</li> </ul>	Crença individual das capacidades de executar as ações da implementação.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estágio individual de mudança</li> </ul>	Entusiasmo, habilidade e sustentação da intervenção.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estágio individual com a organização</li> </ul>	. A percepção, o relacionamento e comprometimento com a organização
<b>Processo:</b> É o processo de implementação acontecer conforme o planejado. Decisões tomadas por agentes da organização durante a implementação da intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outros atributos pessoais</li> </ul>	Características como a tolerância a ambiguidade, capacidade intelectual, motivação e valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificação</li> </ul>	Desenvolvimento de estratégias para a implementação de uma intervenção.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engajamento               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Líderes de opinião</li> <li>2. Líderes Formalmente Designados Internamente para a implementação</li> <li>3. Apoiadores</li> <li>4. Agentes Externos de Mudança</li> </ol> </li> </ul>	Atração e envolvimento dos indivíduos da equipe pra a implementação de uma intervenção. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indivíduos que têm influência nas atitudes e crenças da equipe com relação a implementação da intervenção.</li> <li>2. Indivíduos que foram nomeados pela organização para coordenar a implementação.</li> <li>3. Indivíduos que apoiam e defendem a implementação diante da resistência ou indiferença que a intervenção pode provocar em uma organização.</li> <li>4. Indivíduos de organizações externas que influenciam, facilitam e direcionam as decisões de uma intervenção.</li> </ol>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Execução</li> </ul>	Realizar a implementação de acordo com o planejamento.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão e Avaliação</li> </ul>	Retroalimentação quantitativa e qualitativa sobre o desenvolvimento da implementação.

Fonte: Adaptado de Damschroder *et al.*, 2009.

## **2.9 Diretrizes Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde**

Considerando todas as vantagens que a formulação de políticas baseadas em evidências traz a população, a partir de 2022, o Ministério da Saúde, através da Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CGSB/MS) em parceria com a iniciativa GODEC (Global Observatory for Dental Care) da Universidade Federal de Pelotas, organizou e disponibilizou um conjunto de 22 diretrizes quanto à prática clínica odontológica na APS para consulta pública, com o objetivo de guiar os profissionais da odontologia que atuam na APS do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal público-alvo são os profissionais (que incluem cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares), mas gestores, pesquisadores, estudantes e qualquer pessoa interessada também poderiam participar. Os temas abordados no ano de 2022 foram: Restaurações de lesões cervicais não cariosas, tratamento em pacientes oncológicos submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia, manejo de lesões profundas, higiene bucal na infância, tratamento da gengivite, tratamento de traumatismo em dente decíduo, tratamento de traumatismo em dente permanente, detecção de desordens orais e câncer de boca, manejo de ausências dentárias posteriores, tratamento odontológico em gestantes e tratamento conservador de polpa em dentes decíduos (BRASIL, 2023).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 3.1 Objetivo geral**

Avaliar a percepção dos cirurgiões-dentistas em relação ao manejo da cárie dentária e quanto ao conhecimento e prática dos Guias de Prática Clínica (GPC) por gestores (coordenadores municipais) e cirurgiões-dentistas na Atenção Primária à Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

#### **3.2 3.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto a estratégias de higiene bucal na infância, de acordo com o guia do MS
- b) Avaliar o conhecimento e percepção dos gestores e cirurgiões-dentistas sobre os GPC, de maneira qualitativa.
- c) Identificar e classificar as barreiras e os facilitadores para a implementação de GPC no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Mato Grosso do Sul.
- d) Discutir barreiras de implementação e recomendar estratégias para a implementação de GPC no serviço de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, descritiva e de implementação, com coleta de dados primários realizada no Estado do Mato Grosso do Sul no período de novembro de 2021 até março de 2023, considerando a implementação de guias de prática clínica para o manejo de cárie dentária.

### 4.2 Pesquisa qualitativa

#### 4.2.1 Amostra e critérios de inclusão e exclusão

##### 4.2.1.1 Critérios de inclusão

Para a análise qualitativa foram selecionados 8 informantes chaves por apresentarem profundo conhecimento em política estadual de Saúde Bucal. Escolhemos as regiões utilizando o critério de representatividade, (1 coordenador Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul, 5 gestores municipais de saúde bucal das cinco cidades que possuem mais de 80.000 habitantes do Mato Grosso do Sul – Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã e Corumbá (IBGE, 2022) e escolhido por sorteio 2 cirurgiões dentistas atuantes na Equipe de Saúde da Família). A seleção dos gestores como informantes chave está atrelada pela responsabilidade designada desses participantes na implementação de intervenções no serviço de saúde bucal local. Por outro lado, os cirurgiões dentistas mostraram a ótica do profissional (parte interessada) envolvido na aplicação prática da intervenção.

##### 4.2.1.2 Critérios de exclusão

Gestores e coordenadores de saúde que não possuíam conhecimento no em política estadual de Saúde;

Gestores ou coordenadores de saúde bucal que estavam impossibilitados de participar da pesquisa quer seja por motivos de saúde geral, mental ou psicológica;

Gestores ou coordenadores de saúde bucal que estavam de férias ou afastados do trabalho no decorrer da pesquisa;

Gestores e coordenadores que não estavam aptos a realizarem qualquer tipo de entrevista gravada por meio de recursos de áudio.

#### 4.2.2 Coleta de dados primários

Para o desenvolvimento do estudo qualitativo foi utilizada como ferramenta entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), aplicadas pela autora da pesquisa junto à sujeitos informantes-chave, após consentimento formal dos participantes através do TCLE. Seis entrevistas foram realizadas por videoconferência e foram vídeo-áudio gravadas e duas foram áudio gravadas presencialmente em uma sala específica no local de trabalho dos entrevistados. Todas as entrevistas foram autorizadas pela secretaria estadual do MS (Apêndice B). Todos entrevistados consentiram em participar da pesquisa. As questões norteadoras se referem principalmente às barreiras e facilitadores na implementação de Guias de Prática Clínica no serviço de saúde bucal em Mato Grosso do Sul, assim como ao alcance da política, percepções sobre efetividade e à necessidade de adaptação para o contexto.

Para o recrutamento dos informantes chaves houve contato preliminar telefônico e e-mail para agendamento das entrevistas, onde para isso previamente foi formalizado um pedido de autorização junto a Secretaria do Estado do Mato Grosso do Sul para acesso à essas informações e para a realização das entrevistas com os profissionais no ambiente de trabalho ou nas unidades de saúde (APÊNDICE C e D).

#### 4.2.3 Organização e análise dos dados

Para a análise qualitativa os trechos das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e sintetizados com base em seus significados e em como eles poderiam ser úteis para responder os objetivos da pesquisa. Foram selecionados, copiados, codificados e categorizados em uma planilha usando o Microsoft Excel, e por fim, mapeados em uma matriz.

A temática dos dados foi analisada através de estruturas de suporte em ciência da implementação por dois examinadores, usamos a análise de conteúdo e abordagem amplamente dedutiva usando a versão original do Quadro Conceitual Consolidado



para Pesquisa de Implementação – CFIR recomendado por Damschroder *et al* (2009) para codificação, por ser a ferramenta consolidada pela ciência de implementação para planejamento e avaliação do sucesso da implementação em saúde pública. Os dados foram identificados, conceituados, classificados e organizados em uma matriz fragmentada em constructos e subconstructos e em áreas de domínios situadas dessa ferramenta, permitindo assim, a classificação de barreiras e facilitadores para a implementação.

### **4.3 Pesquisa quantitativa**

#### **4.3.1 Amostra e critérios de inclusão e exclusão**

##### **4.3.1.1 Amostragem e Cálculo Amostral**

Os elementos da amostra foram selecionados aleatoriamente por conveniência. O cálculo amostral para a análise quantitativa foi realizado utilizando o software gratuito Open EPI Version 3.01 ([openepi.com/SampleSize](http://openepi.com/SampleSize)). Considerando um total de 239 cirurgiões-dentistas atuantes na APS nas 5 maiores cidades (>80.000 habitantes) no estado do Mato Grosso do Sul. Os parâmetros foram intervalo de confiança de 95%, a frequência hipotética de 50% do fator do resultado na população ( $p$ ), Alpha de 5%, e taxa de não resposta de 30%, totalizando 148 profissionais cirurgiões-dentistas da APS.

##### **4.3.1.2 Critérios de inclusão**

Foram recrutados 239 participantes ao todo, incluindo todos os 239 cirurgiões-dentistas atuantes na APS nas 5 maiores cidades. Escolhemos as regiões utilizando o critério de representatividade, cidades que possuem mais de 80.000 habitantes do Mato Grosso do Sul – Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã e Corumbá (IBGE, 2022).

#### 4.3.1.3 Critérios de exclusão

Cirurgiões-dentistas, que estavam impossibilitados de participar da pesquisa quer seja por motivos de saúde geral, mental ou psicológica;

Cirurgiões-dentistas que estiveram de férias ou afastados do trabalho no decorrer da pesquisa;

Cirurgiões-dentistas que estavam impossibilitados tecnologicamente para responder o questionário eletrônico durante o período da coleta de dados da pesquisa;

Gestores e coordenadores que não estarem aptos a realizarem qualquer tipo de entrevista gravada por meio de recursos de áudio.

#### 4.3.2 Coleta de dados primários

O instrumento para pesquisa quantitativa foi um questionário estruturado aplicado aos dentistas dos serviços públicos e privados da rede estadual, após consentimento formal dos participantes através do TCLE foram aplicados e registrados eletronicamente o questionário via Googleforms® com 178 cirurgiões dentistas, sendo 104 atuantes em serviços públicos e 74 atuantes em serviços exclusivamente privados. (APÊNDICE B)

Inicialmente, foi coletado dados sobre características sociodemográficas dos profissionais (a localização da residência, gênero, faixa etária tempo de atuação profissional, tipo de atuação profissional). Em seguida, onze perguntas pré-definidas, baseadas nos cinco domínios do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), Características da intervenção (perguntas 4,5,11), Cenário externo (7), Cenário interno (1,6, 8,9 10), Característica dos indivíduos (3), Processo (2). Acrescido de quatro questões relacionadas a três recomendações de umas diretrizes disponibilizadas para consulta pública pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CGSB/MS) em 2022 (Diretriz para a Prática Clínica na Atenção Primária à Saúde: Recomendações para Higiene Bucal na Infância).

Cada pergunta do questionário apresentava 5 alternativas de respostas: “concordo plenamente”); “concordo parcialmente”; “não concordo nem discordo”; “discordo plenamente” e “discordo parcialmente”, conforme escala likert. Os valores atribuídos à escala foram 1 (discorda), 2 (discorda um pouco), 3 (não concorda nem

discorda) 4 (concorda um pouco) e 5 (concorda) e foi baseado na escala da prontidão organizacional para a implementação de mudança (ORIC-Br) (BOMFIM; BRAFF; FRAZÃO, 2020). Para facilitar a interpretação das tabelas, as categorias 1 e 2 foram mescladas como não discorda e as categorias 4 e 5 foram mescladas em concorda.

A divulgação e solicitação de participação dos profissionais através do questionário eletrônico ocorreu por contato eletrônico via e-mail, redes sociais (Instagram e facebook), e presencialmente em duas unidades de saúde. Houve também, a colaboração dos gestores responsáveis pela saúde bucal estadual e municipal de Campo Grande, Dourados, Três Lagos e Ponta Porã, assim como do conselho da classe odontológica estadual (CRO-MS) na divulgação da pesquisa.

#### 4.3.3 Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos dos questionários das entrevistas estruturadas foram codificados, tabulados e quantificados em uma planilha utilizando o Microsoft Excel e foram analisados no programa STATA 14.2 (College Station, TX, EUA). Tabelas descritivas foram construídas para descrição dos participantes, as análises bivariadas (qui-quadrado) foram realizadas para verificação da associação entre as características dos profissionais e os desfechos de implementação e disseminação baseados no quadro conceitual CFIR, utilizando o valor da escala likert pré-definida.

#### **4.4 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 196 de outubro de 1996 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde relativa à pesquisa em seres humanos (Resolução 466/2012) após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa do CEP-UFMS CAAE: 51735221.2.0000.0021. Houve consentimento formalizado por um TCLE por todos os participantes da pesquisa.

A pesquisa será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes, todas as informações obtidas serão sigilosas, qualquer dado que possa identificar o participante será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Resultados qualitativos

Todos os participantes informantes-chaves aceitaram a participar da pesquisa. Os entrevistados tinham idade entre 25 e 50 anos, com a maioria do sexo feminino (75%). Todos possuíam formação superior em odontologia e apenas um entrevistado não apresentou curso de especialização. Seis informantes-chaves atribuíam ao cargo de gerência ou coordenação da saúde bucal local e dois atribuem a função de cirurgião-dentista da Equipe de Saúde da Família. Os participantes informaram livremente sobre suas atribuições na organização, as qualidades e falhas do atual sistema de cuidados de saúde, seu conhecimento e informações sobre guias de prática clínica e suas opiniões relacionadas à mínima intervenção no manejo da cárie dentária.

O modelo com as narrativas codificadas e mapeadas nas categorias do CFIR forneceram informações relevantes para identificar e classificar barreiras e facilitadores organizacionais para implementação de guias de prática clínica (GPC) no manejo de cárie dentária na APS. Os resultados identificados estão expostos a seguir:

#### 5.1.1 Barreiras organizacionais

A principal barreira identificada foi a falta de conhecimento sobre os Guias de Prática Clínica (GPC) e seu nível de qualidade, relatada por todos os informantes-chaves, alguns gestores até se familiarizam com a intervenção, porém demonstram incerteza a respeito.

Outro entrave observado, pelos entrevistados, foi pertinente a resistência dos profissionais com inovações e mudanças dentro da organização. Por outro lado, na saúde indígena a equipe tem sempre uma boa aceitação com inovações.

A sobrecarga de trabalho foi uma barreira apontada pelos gestores. Dentistas mostraram barreiras associadas à falta de tempo para capacitação. Coordenadores mencionaram falta de recursos financeiros para desenvolvimento de ações dentro do serviço. Assim como, relataram a falta de incentivos e recompensas organizacionais e falta de contribuição dos profissionais com a organização.

A falta de compreensão da importância da aplicação dos guias foi citada também como uma barreira para sua implementação. Um gestor mencionou dificuldades relacionadas ao entendimento, pelos profissionais, de uma diretriz repassada pelo Ministério da Saúde, apontaram também obstáculos na retroalimentação das informações ocorrem na prática clínica dos profissionais.

### 5.1.2 Facilitadores organizacionais

Nas entrevistas todos os participantes (informantes-chaves) enxergam vantagens na aplicação de Guias de Prática Clínica (GPC) na rotina de trabalho, coordenadores municipais de saúde bucal demonstraram familiaridade com instrumentos similares.

Um relevante facilitador apontado pela maioria dos gestores, foi justamente o treinamento e capacitação para a implementação dos GPC. Inclusive, sugeriram o incentivo de pessoas formadoras de opinião para fortalecer a credibilidade e a aceitabilidade das capacitações, um deles inclusive, sugeriu alternativas econômicas para as capacitações como por exemplo, cursos à distância, que diminuiria custos com deslocamento. Alguns gestores relatam boa aceitabilidade dos dentistas em relação aos treinamentos já realizados dentro da organização. Outros dois facilitadores identificados, estão vinculados ao estabelecimento de metas dentro da organização, planejamento de ações e a qualidade da comunicação entre os indivíduos, fatos mencionados pela maioria dos entrevistados, inclusive relatam diversas modalidades de comunicação (e-mail, WhatsApp, reuniões, etc.).

Gestores admitem a necessidade de mudança do cenário atual da organização. Dentistas e gerentes sugeriram cinco atributos necessários para facilitar a implementação da ferramenta, sendo estes: benéfico, prático, viável, fácil e adaptável. A importância de incentivos de instâncias políticas organizacionais superiores, como peças facilitadoras na implementação dos GPC foi apontada pelos dois grupos de entrevistados. Outro relevante ponto facilitador encontrado nas entrevistas com gestores, foi a existência de líderes que são responsáveis e designados para implementação de guias dentro do serviço da organização estudada. E a maioria demonstraram apoio e comprometimento em contribuir com a implementação de guias dentro da organização.

### 5.1.3 Barreiras e Facilitadores para implementação do manejo minimamente invasivo da cárie dentária

Os pontos de vista relacionados à mínima intervenção no manejo da cárie dentária não apresentaram disparidade entre os entrevistados, todos apresentaram apoio e apontaram vantagens a ela. No entanto, gestores relataram insegurança em relação a habilidade dos cirurgiões dentistas com a técnica minimamente invasiva no manejo da cárie dentária. Inclusive houve um relato por parte da gestão, de uma necessidade de atenção, que a técnica exige do profissional que a executa. Apontaram a desatualização dos colegas dentistas, a dificuldade de mudança de paradigma do profissional como desafios associados a mínima intervenção.

Os profissionais dentistas não mencionaram barreiras para adoção ao manejo minimamente invasivo da cárie dentária. A necessidade de mudanças de abordagem foi relatada apenas por parte dos gestores.

### 5.1.4 Resultados dentro da Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação (CFIR)

As barreiras e os facilitadores para avaliação do processo de implementação dos Guias de Prática Clínica foram categorizados dentro dos cinco domínios do CFIR. No interior do primeiro domínio **Característica da intervenção**, as barreiras elencadas foram a falta de conhecimento e do nível de qualidade científica sobre esses guias.

(...) Tenho uma noção do que seja, mas formalmente não sei. (E1)

(...) Mas assim como eu não conheço como é, qual o formato dele, eu não sei dizer né, como ele funciona e como seria a aplicação dele. (E2)

Dentro desse domínio foram identificados dois facilitadores que estão presentes no contexto estudado: (1) reconhecimento das vantagens inerentes ao instrumento pelos profissionais envolvidos e (2) familiaridade deles com instrumentos similares.

(...) Eu penso que, seria positivo, penso que a gente poderia implantar (...) eu acho que seria muito, muito válido para a gente orientar. (E2)

(...) que a clínica é importante, o procedimento curativo, cirúrgico é importante, mas que, a, esse trabalho de prevenção e promoção é fundamental. E não é fácil né, isso a gente consegue com protocolo, capacitação né? (E4)

(...)E a gente já teve contato com alguns guias né, inclusive do ministério da saúde. (E8)

Para facilitar a implementação dessa ferramenta no serviço, os entrevistados sugeriram o desenvolvimento do instrumento por instituições confiáveis e que apresentem alguns benefícios como, ser prático, fácil, viável e adaptável no contexto a ser inserido.

(...) O que é facilitador para um Guia? Se a credibilidade de quem for fazer for boa, né, (E5)

(...) A viabilidade de fazer aquilo que está escrito. (E5)

(...) sendo prático e simples, eu acho que talvez funcione. (E5)

(...) Então eu acho que seria muito válido, desde que não seja uma coisa fixa, que o profissional não possa intervir, criar uma estratégia, de acordo com a realidade da população que ele tem conhecimento ali. (E3)

No segundo domínio, a **Configuração Externa**, o incentivo de agentes externos, ou seja, outras instâncias hierárquicas organizacionais como o governo estadual e federal, foi colocado como facilitador na implementação dos Guias de Prática Clínica (GPC) na APS. Por outro lado, a falta desse incentivo foi identificada como uma barreira.

(...) mas no geral, eu vejo o profissional um pouco desanimado (...) profissionais reclamando de salário. (E2)



(...) funciona nosso sistema, só que a gente precisa melhorar. Questão de burocracia geral, a gente precisa melhorar, investimento em condições de trabalho, material permanente principalmente. (E3)

(...) na saúde bucal as vezes a gente não tem essa voz, esse acesso, esse apoio, que é necessário para desenvolver um bom trabalho. (E4)

O terceiro domínio, a **Configuração Interna**, recebeu o maior número de barreiras e facilitadores. As barreiras identificadas nesse domínio foram: A falta incentivo interno da organização, pouco recursos financeiros, falta de tempo disponível para a capacitação desses profissionais, a sobrecarga de trabalho e o desamparo dos profissionais com a organização. Essas barreiras podem ser exemplificadas pelos relatos de alguns participantes:

(...) mas no geral, eu vejo o profissional um pouco desanimado (...) profissionais reclamando de salário. (E2)

(...) as vezes a gente depende muito da consciência do profissional em estar se capacitando (...) então a gente não consegue outros profissionais da rede, eles não têm interesse de vir para a gestão (E4)

(...) Então é um volume de trabalho muito grande, e fica só pra mim (E4)

(...) Eles não liberam para fazer especialização aqui. (E7)

(...) Considerando a necessidade de capacitação eu acredito que o presencial seria o mais difícil, porque a gente tem que deslocar todos os dentistas, existe um custo, existe uma programação para isso (E8)

Por outro lado, encontramos cinco potenciais facilitadores no domínio da **configuração interna**, quatro que estão inerentes dentro da organização, o reconhecimento dos gestores da necessidade de mudança dentro do sistema atual, a boa qualidade de comunicação, a existência de metas dentro da organização e o

prévio desenvolvimentos de ações similares aos GPC. O principal facilitador que os entrevistados apontam foi o treinamento e capacitações do instrumento, inclusive recomendam estratégias viáveis e mais econômicas.

(...) a nossa assistência na atenção primária ainda precisa ser mais efetiva, na prevenção, na promoção, mas também oferecer o tratamento pro paciente no momento mais oportuno possível, mais cedo possível, o que não acontece. (E2)

(...) então, eu assim converso o tempo todo com eles, mandando recados em grupos, tentando dar esse apoio, fazendo essa logística meio remota. (E2)

(...) É a gente tem uma meta de atendimentos da primeira consulta, temos os indicadores de gestante que é o PrevineBrasil. (E1)

(...) Todos esses guias que a gente recebe do ministério da saúde, essas informações são passadas à eles através de ofício. (E8)

(...) A construção, ou a organização de protocolos clínicos ne, quando a gente identifica a necessidade, seja ela organizativa, seja ela de natureza clínica, nos intermediamos a construção desses protocolos, bem como revisão deles (E4)

(...) O que pode facilitar implementar? Ué as capacitações né?! Pra isso né? (E2)

(...) Então, quando a gente faz um encontro assim, presencial, para capacitação, ou vai discutir algum assunto, dessa forma é bacana porque a gente consegue aproveitar as experiencias de cada um, inclusive as dificuldades né. (E8)

(...) hoje em dia com internet, com cursos virtuais, a gente consegue ter contato com professores de forma mais fácil, sem precisar ter custo financeiro, com deslocamento com viagem, com diária, que o município muitas vezes não tem condições de arcar né? (E1)

Dentro do quarto domínio **Características dos indivíduos** encontramos três barreiras e um facilitador para implementação dos GPC. As três barreiras foram

referentes a resistência dos profissionais, principalmente profissionais com maior tempo de atuação profissional, a dificuldade de entendimento dos dentistas com instrumentos parecidos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e a incompreensão da importância de um GPC dentro do serviço. Por outro lado, os entrevistados relataram um facilitador que compete a esse domínio, que é a equipe de trabalho possuir uma boa aceitação com inovações dentro do serviço.

(...) tudo que eles têm que ler muito, tudo que demanda um pouco de tempo a mais tem resistência sabe. (E6)

(...) Eu vejo uma parcela pequena ainda que são os mais antigos tudo que tem um pouco de resistência. (E2)

(...) A gente identificou que quando foi encaminhado o guia houve alguns dentistas que tiveram algumas dificuldades de entendimento, houve interpretações diferentes. (E8)

(...) Eu acho que realmente a adesão do profissional e a sensibilização dele quanto a importância daquela nova prática, da incorporação da nova prática... (E1)

(...) Só que eu creio que seria bem aceito sim. (E3)

(...) Não de resistência não, os dentistas da saúde indígena têm uma ampla aceitação. (E8)

Dentro da competência do último domínio do CFIR, o **Processo**, a única barreira identificada foi a dificuldade de retroalimentar as informações pertinentes a prática clínica dos profissionais. Como facilitadoras existentes dentro da atual organização identificamos a existência de planejamento para desenvolver ações dentro da organização e de líderes (gestores) responsáveis e designados para implementar guias dentro da sua competência organizacional, assim como estão dispostos a apoiar e contribuir no processo de implementação de GPC. Alguns entrevistadores sugeriram como facilitador, o incentivo de pessoas líderes formadores de opinião

(...) O alcance a gente tenta através disso, desse monitoramento de quem se inscreve, quem faz, quem envia essas certificações. O impacto de interior deles, na prática clínica deles, a gente não consegue aferir. (E4)

(...) Então o núcleo de saúde bucal ele identifica as necessidades da aponta ne, seja ela atenção primária ou atenção especializada, e ela elabora estratégias de resolver esses problemas relativos as capacitações, a educação permanente né. (E4)

(...) Nossa maior responsabilidade é processo de trabalho, então a gente organiza todo o processo de trabalho, desde o agendamento até o acolhimento e o tratamento final (E6)

(...) Trabalhar junto com eles no sentido de dar as orientações, as explicações, tudo que vêm do Ministério da Saúde, né, de protocolos, de guias e tudo mais, a gente faz essa intermediação junto aos dentistas. (E8)

(...) Um curso de capacitação com o profissional que tenha um gabarito (E1)

Sobre o manejo minimamente invasivo da cárie dentária as barreiras detectadas nos relatos dos informantes-chaves foram categorizadas no domínio **Características dos indivíduos**, estão relacionadas a insegurança da realização correta da técnica pelo profissional, o desinteresse e a precária atualização deles, a mudança do paradigma e a atenção minuciosa exigida para executar a técnica corretamente.

(...) Pra mim seria não dominar a técnica, o medo dos profissionais. Não dominar a técnica, não tem segurança de fazer, acha que aquilo ali não é válido. (E3)

(...) Dificuldade de atualização sobre os protocolos (...) com a formação, com a qualificação, com a atualização, desses profissionais (E1)

(...) Você encontra muitos profissionais que tem aquelas críticas anteriores e eles não se dispõe a ler e a refletir sobre aqueles novos paradigmas, sobre as novas técnicas né, então relativo à cárie principalmente (E4)

Por outro lado, os facilitadores encontrados e classificados dentro do domínio **características da intervenção**, foi de as partes envolvidas acreditarem nos benefícios da mínima intervenção no manejo da cárie dentária, e apoiarem a sua adoção. O reconhecimento das principais partes envolvidas da necessidade de mudança do atual manejo da cárie dentária foi outro facilitador identificado que está situado no domínio **Configuração interna** do CFIR.

(...) A gente já tem evidência científica que essa é uma técnica ultrapassada, e isso é as vezes, de desconhecimento dos profissionais. (E1)

(...) Eu sou a favor da gente tentar fazer o mais preservado possível né, o mínimo possível, mas eu não sei... (E6)

## 5.2 Resultados quantitativos

Ao total 178 cirurgiões-dentistas participaram da pesquisa, A Tabela 2 descreve as características dos dentistas entrevistados no estudo. A idade média da amostra foi de 34.1 anos (DP= 8,7), predominou-se o sexo feminino (71.8%), 58.4% (n=104) atuavam no serviço público e 41.8% (n=74) atuavam apenas no serviço privado. A maior parte tinha o tipo de atuação como clínico geral 55.4% (n=98) e 44.6% (n=79) eram especialistas. Quase metade dos dentistas (44.4%) estavam há 5 anos formados e apenas 29.2% (n=52) tinham mais de 15 anos de formação.

**Tabela 2.** Características dos dentistas entrevistados (n= 178)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>sexo</b>		
feminino	127	71.8
masculino	50	28.2
<b>tipo de serviço</b>		
público	104	58.4
somente privado	74	41.8
<b>Atuação</b>		
clínico Geral	98	55.4
especialista	79	44.6
<b>tempo formado</b>		
até 5 anos	79	44.4
6-15 anos	47	26.4
acima 15 anos	52	29.2
<b>Idade média (desv padrão)</b>		
	34.1	(8,7)

**Fonte:** Autoria própria

A Tabela 3 apresenta os resultados dentro dos domínios CFIR sobre os guias de prática clínica (GPC), entre os que atuam em serviços públicos de Saúde (n=104).

**Tabela 3.** Domínios CFIR entre cirurgiões-Dentistas Mato Grosso do Sul. Guias de prática clínica (GPC), entre os que atuam em serviços públicos de Saúde (n=104)

(continua)

Domínios CFIR	Dentistas serv.Público	
	n	%
<b>1. Cenário interno -&gt; Tem informação sobre evidências de GPC?</b>		
Discorda	27	25,9
Nem discorda nem concorda	17	16,4
Concorda	60	57,7
<b>2. Processo -&gt; engajamento &gt; líderes de opinião (opinion leaders)</b>		
Discorda	23	22,1
Nem discorda nem concorda	29	27,9
Concorda	52	50
<b>3. Caract dos profissionais -&gt; auto eficácia-&gt;seu conhecimento influencia?</b>		
Discorda	6	5,7
Nem discorda nem concorda	7	6,7
Concorda	91	87,6
<b>4. Carac. intervenção -&gt; necessidade de Força e qualidade da evidência</b>		
Discorda	9	8,7
Nem discorda nem concorda	9	8,7
Concorda	86	82,6
<b>5. Carac. intervenção -&gt; Complexidade para implementar na APS</b>		
Discorda	35	33,7
Nem discorda nem concorda	25	24
Concorda	44	42,3
<b>6. Cenário interno -&gt; Tem Prontidão para implementação?</b>		
Discorda	29	27,9
Nem discorda nem concorda	19	18,5
Concorda	56	53,6
<b>7. Cenário Externo-&gt; características estruturais podem facilitar ou dificultar</b>		
Discorda	13	12,6
Nem discorda nem concorda	18	17,5
Concorda	73	69,9

**Tabela 3.** Domínios CFIR entre cirurgiões-Dentistas Mato Grosso do Sul. Guias de prática clínica (GPC), entre os que atuam em serviços públicos de Saúde (n=104)

(continuação)

Domínios CFIR	Público	
	n	%
<b>8. Cenário interno -&gt; rede de relações e comunicações -&gt; reuniões</b>		
Discorda	44	42,7
Nem discorda nem concorda	15	14,6
Concorda	44	42,7
<b>9. Cenário interno -&gt; pessoas de referência para discussão</b>		
Discorda	30	30
Nem discorda nem concorda	29	27,9
Concorda	45	42,1
<b>10. Cenário interno -&gt; tensão para mudança -&gt; necessidade GPC para cárie</b>		
Discorda	3	2,9
Nem discorda nem concorda	13	12,6
Concorda	88	84,5
<b>11. Características intervenção -&gt; força e qualidade -&gt; GPC podem ser melhorados</b>		
Discorda	5	4,8
Nem discorda nem concorda	14	13,5
Concorda	85	81,7

Fonte: Autoria própria

Sobre **Características da intervenção (GPC)**, na opinião da maioria dos profissionais do serviço público (82.6%) é necessário a evidência científica sobre a eficácia da aplicação desses guias para que possam ser implementados nos serviços de saúde bucal e 85% deles acreditam que esses instrumentos devem ser melhorados (Força e qualidade da evidência). A respeito da complexidade de implementação dos guias dentro da APS, as respostas foram discrepantes, 42% acham complexa a implementação, 33% discordam disso e 24% não opinaram. No teste de associação das variáveis, houve resultado significativo apenas na associação de dois constructos desse domínio, complexidade e força e qualidade da evidência, ambos com o tipo de atuação do profissional (qui-quadrado,  $p > 0,05$ ), onde os especialistas discordaram



mais que é complexo é implementar um GPC na APS ( $p=0,001$ ). E que, os guias podem ser melhorados ( $p= 0,03$ ).

Dentro do domínio **Características dos indivíduos (profissionais)**, o conhecimento individual influencia na percepção sobre a aplicação dos GPC na prática segundo 87,6% dos respondentes (autoeficácia). No teste de associação desse subconstructo com as características dos dentistas não houve significância estatística (qui-quadrado,  $p > 0,05$ ).

No **Cenário externo**, a maior parcela (69.9%) concorda que a infraestrutura (características estruturais) pode facilitar como dificultar a implementação dos guias na APS e 12% discordam. Houve associação estatisticamente significativa (qui-quadrado,  $p > 0,05$ ) apenas na associação ao tipo de serviço dos dentistas participantes, os dentistas que atuam no serviço público mostraram mais contradição sobre a influência da infraestrutura na implementação dos GPC na APS ( $p= 0,02$ ).

No que consiste ao domínio **Cenário interno**, dentro do subconstructo prontidão para a implementação, a maioria (57.7%) dos cirurgiões-dentistas possuem informações ou evidências que mostram a aplicabilidade dos GPC em seu ambiente de trabalho, no entanto uma pequena parcela (25.9%) discordou disso (acesso à informação e ao conhecimento). 53.6% dos participantes concordam e 27.9% discordam da existência de suporte tecnológico disponíveis, como materiais impresso, virtual entre outros, dentro da organização, para a aplicabilidade desses instrumentos (recursos disponíveis). A respeito da rede de relação e comunicação dentro da organização, houve um resultado equiparado das respostas sobre a frequência de reuniões de equipe para discussão e implementação de novas tecnologias, onde 42.7% concordam e 42.7% discordam que são realizadas com frequência reuniões de equipe para discussão e implementação de inovações. Além disso, 42.1 % dos dentistas discordam e 30% concordam que existe pessoas de referência dentro da organização para discutir novas ações ou para solucionar problemas do serviço de saúde bucal. Em relação ao clima de implementação, a maior parte dos dentistas (84.5%) reconhecem a necessidade de implementar um GPC para manejo da cárie dentária dentro da APS e apenas 2.9% discordam (tensão para a mudança). O único subconstructo desse domínio que apresentou associação significativa estatisticamente (qui-quadrado,  $p > 0,05$ ), foi a prontidão para implementação (recursos disponíveis) e o tempo de formação profissional, mostrando que quanto

maior tempo de formação mais o profissional discorda da prontidão do serviço para implementação ( $p= 0,008$ ).

No último domínio do CFIR, **processo**, dentro do subconstructo engajamento, 50% dos respondentes concordaram 22.1% discordam e 27.9% não opinaram, que a disseminação e a implementação dos guias vêm de outras pessoas (líderes de opinião). Não foram encontradas associações significativas das variáveis com esse domínio (qui-quadrado,  $p> 0,05$ ).

Os resultados relacionados sobre uma Diretriz para a Prática Clínica na Atenção Primária à Saúde: Recomendações para Higiene Bucal na Infância estão resumidos na Tabela 4.

**Tabela 4.** GPC higiene bucal infância, coordenação geral de saúde bucal, e diferenças entre público e privado (n=178)

(continua)

	Total (n=178)		público		privado		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>1. Não se deve realizar higienização boca bebê sem dentes</b>							
Discorda	104	58,7	61	59,2	43	58,1	0.55
Nem discorda nem concorda	8	4,5	8	7,8	0	0	
Concorda	65	36,8	34	33	31	41,9	
<b>2. Deve-se realizar escovação dentífrico fluoretado 1000ppm a partir nascimento primeiro dente</b>							
Discorda	44	24,7	26	25	18	24,3	0.81
Nem discorda nem concorda	14	7,9	10	9,6	4	5,4	
Concorda	120	67,4	68	65,4	52	70,3	
<b>3. Deve-se realizar escovação com dentífrico fluoretado no mínimo 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças</b>							
Discorda	21	11,9	14	13,5	7	9,5	0.55
Nem discorda nem concorda	7	3,9	5	4,8	2	2,7	
Concorda	150	84,2	85	81,7	65	87,8	

**Tabela 4.** GPC higiene bucal infância, coordenação geral de saúde bucal, e diferenças entre público e privado (n=178)

(continuação)

	Total (n=178)		público		privado		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>4. Deve-se usar o fio dental para prevenir cárie proximal em crianças.</b>							
Discorda	8	4,5	7	5,8	2	2,7	0.71
Nem discorda nem concorda	3	1,7	2	1,9	1	1,3	
Concorda	166	93,8	95	92,3	71	96	

**Fonte:** Autoria própria

Um pouco mais da metade dos dentistas do setor público e privado (59.2%, 58.1% respectivamente) discordam com a diretriz, que não recomenda a higienização bucal em bebês sem dentes. No teste de associação das variáveis com essas respostas, apenas a variável do sexo teve significância estatística (qui-quadrado,  $p > 0,05$ ), onde homens discordam mais com essa recomendação do que mulheres ( $p=0,03$ ).

Sobre a recomendação de realizar escovação dentifrício fluoretado 1000ppm a partir nascimento primeiro dente, 65.4% dos dentistas do setor público e 70.3% do privado concordam com a diretriz e cerca de 24% dos dois setores discordam. Homens e profissionais com maior tempo de formação discordaram mais dessa informação ( $p=0,02$ ).

Grande parte dos dentistas tanto do setor público (81.7%) como privado (87.8%) estão em concordância com a diretriz em orientar escovação com dentifrício fluoretado no mínimo 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças. Apenas na variável relacionada ao sexo foi encontrada significância estatística ( $p= 0,01$ ) onde homens discordaram mais com essa recomendação do que mulheres.

Em relação a recomendação da utilização do fio dental para prevenir cárie proximal em crianças o resultado foi quase unânime em ambos também, 92.3% (setor público) e 96% (setor privado) concordaram com essa recomendação. No teste de associações foi encontrada significância estatística ( $p < 0,05$ ) no tipo de atuação e no tempo de formação associado a essa recomendação. Especialista concordam mais

com essa recomendação do que os clínicos gerais ( $p=0,02$ ) e os profissionais com maior tempo de formação possuem maior discordância ( $p=0,05$ ).

Sobre essa diretriz do Ministério da Saúde não foi encontrada em nenhuma diferença significativa das respostas as recomendações entre os dentistas do setor público e privado ( $p < 0,05$ ).

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo trouxe três achados principais. Primeiro, através de entrevista qualitativa e análise de conteúdo, usando o CFIR, foi identificadas as principais barreiras e facilitadores para a implementação de GPC e a tensão para a mudança mostrou ser um fator positivo. A principal barreira é relativa ao domínio de característica dos indivíduos (resistência) e falta de informação/conhecimento. Segundo o principal facilitador seria o uso de opinion leaders/ experts para uma melhor disseminação da evidência científica. Terceiro, é necessária capacitação constante aos profissionais do serviço para de fato implementar, disseminar e escalonar a estratégia no contexto federal.

O modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma proposta de referência que emergiu nos meados dos anos 1990 no Brasil, para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde, baseado na APS (ROSA; LEBATE, 2005). Consiste em um modelo de atenção que infere a saúde como um direito de cidadania, explícito pela melhoria das condições de vida, com serviços mais resolutivos, integrais e humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996). Nesse sentido, a luta pela saúde bucal, está atrelada diretamente à evolução na qualidade de fatores condicionantes do processo saúde-doença, sendo esses sociais, políticos e econômicos, no que se refere a responsabilidade e dever de execução do Estado (PINTO, 1983; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A atuação da atenção à saúde bucal não se limita apenas a boca e dentes, trata-se de ações intersetoriais e educativas a serem realizadas pelas eSB com objetivo de fortalecimento dos indivíduos e comunidades, com intuito de facilitar uma autonomia no processo saúde-doença (BRASIL, 2006)

Considerando essas mudanças do modelo assistencial, é necessária uma inversão das tecnologias de cuidado, a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é uma condição para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004). Merhy, (2002), classifica as tecnologias de gestão de cuidado em saúde como: leves, referentes às relações sociais (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leves-duras, referente aos saberes estruturados (saberes nas disciplinas que atuam na área de saúde: odontológica, clínica médica, epidemiológica, entre outras), tais como as teorias; e duras, que são

referentes aos recursos materiais (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais). Guias/Diretrizes de prática clínica são considerados tecnologias leve-duras, que norteiam a produção e gestão de cuidado, ou seja, são ferramentas disponíveis que podem ser utilizadas para melhorar o processo de trabalho e produzir um cuidado integrado, e qualificado na atenção à saúde (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010; FRANÇA; SPIRANDELLI; VERDE, 2019).

Portanto, incorporar evidências científicas para a prática clínica requisita investigar as características e particularidades da realidade do contexto específico para definir as suas possíveis variáveis. Este estudo está de acordo com recomendações, onde permite prevê a probabilidade de sucesso da implementação através da identificação das barreiras e facilitadores entre os principais interessados e assim colaborar com a compreensão do cenário e projetar/adaptar as intervenções com base nas informações coletadas (GLASGOW; EMMONS, 2007; DAMSCHRODER *et al*, 2009; NILSEN, 2015).

Os resultados encontrados apontaram aspectos relevantes que devem ser considerados para a implementação de um Guia de Prática Clínica no contexto do serviço odontológico da APS. Segundo os resultados, existe um aspecto positivo no que diz respeito ao clima para implementação dos guias no serviço, pois os principais interessados mostraram compreensão da situação atual e requerem mudanças (tensão para mudança). Entretanto, a falta de informação sobre os GPC foi a principal barreira identificada na análise qualitativa e apenas um pouco mais da metade dos dentistas que atuam do serviço público possuem informações ou evidências sobre a aplicabilidade desses instrumentos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de revisão de Kilsdonk e colaboradores (2017), Mathieson e colaboradores (2019) onde avaliaram a implementação desses sistemas de apoio à decisão clínica em demais áreas da saúde e na metarevisão de Correa e colaboradores (2020) que exploraram as barreiras e facilitadores para a implementação de GPC nas diferentes áreas da saúde em diversos contextos. Isso mostra uma falha na disponibilidade dos guias na área odontológica e na disseminação desses documentos, justificando a subutilização de guias de prática clínica pelos profissionais da odontologia. De fato, no contexto brasileiro, na área odontológica é precário a existência de guias ou diretrizes de prática clínica. Segundo Harrison *et al.*, (2013) a adaptação de documentos disponíveis internacionalmente, pode ser proposta como alternativa, ao invés desenvolver uma nova diretriz, elaborando portando uma diretriz atualizada e

adequada ao contexto local. Há diversos instrumentos disponíveis para o fim da adaptação desses documentos, os mais conceituados são o ADAPTE e o GRADE ADOLOPMENT; o primeiro por ser o instrumento mais empregado e adaptado (FEVERS *et al.*, 2011) e o segundo por estruturar o processo baseado no método GRADE, permitindo englobar recomendações adotadas, adaptadas ou elaboradas novamente (HARRISON, 2013). No entanto, um dos estágios de adaptação de recomendações consiste na seleção de diretrizes de alta qualidade, sendo o AGREE II o instrumento mais empregue para esse fim (AMER *et al.*, 2015).

Realmente o principal facilitador identificado nesse e em outros estudos (KILDOSN *et al.*, 2017; CORREA *et al.*, 2020; PRATT *et al.*, 2022) foi referente aos recursos, no caso aspectos relacionados com cursos de capacitação. O treinamento sobre a aplicação dos guias pode sim contribuir para uma melhor adoção pelos profissionais (KAPP, 2013). Boa parte dos dentistas denotam a existência de um suporte tecnológico disponível dentro da organização para a aplicabilidade desses instrumentos. Contudo, na análise qualitativa foi identificado entraves no funcionamento da organização, no que diz respeito aos recursos atuais disponíveis (falta de tempo para capacitação, verba, recursos humanos, treinamentos), dificuldades semelhantes foram encontradas nos estudos incluídos da metarevisão de Correa *et al.*, (2020). Uma parcela dos entrevistados sugeriu inclusive, como estratégia alternativa e econômica, cursos à distância.

As duas análises desse estudo reconhecem que profissionais com mais tempo de formação demonstram maior resistência a mudanças, e apontam mais barreiras, pois acham o serviço mais despreparado de recursos para a implementação de guias. Isso sugere o desenvolvimento de estratégias específicas com esse grupo de profissionais voltadas para sensibilização deles. Além do mais, identificamos através das análises desse estudo e na meta análise de Correa *et al.*, (2020) que o conhecimento do profissional influencia na adoção de um GPC, isso reforça novamente a necessidade de atualizações constantes desses profissionais.

Tratando-se da qualidade de comunicação e relacionamento dentro do serviço, houve uma contradição entre as análises. Na análise qualitativa gestores e dentistas revelaram uma boa qualidade de comunicação e relacionamento dentro da organização, por outro lado os resultados quantitativos mostraram que não é em todos os cenários que isso ocorre. Ressalta-se ainda, que 42% dos dentistas servidores públicos discordam que existe pessoas de referência dentro da organização para

discutir inovações e solucionar problemas. Um estudo de Kapp (2013) inclusive, relatou sucesso na implementação de inovações quando se houve suporte, seja por telefone, e-mail ou presencial, e espaço para compartilhamento de experiências positivas e negativas da intervenção.

A estratégia de implementação é definida como método/técnica utilizada para melhorar a adoção, implementação e sustentabilidade de um programa ou prática clínica (CURAN, 2012). Alguns estudos recomendam estratégias combinadas formando uma estratégia multifacetada, como treinamentos, consultoria, auditoria e retroalimentação (PROCTOR; POWELL; MCMILLEN, 2013). Notou-se através dos resultados desse estudo que, o “alvo de ação” das estratégias para implementação dos guias deve estar direcionada ao “cenário externo”, através da contribuição das políticas públicas e incentivos governamentais, sendo estes, grandes potenciais favoráveis no amparo dos guias, tanto para disseminação, alocação de recursos financeiros, como nos treinamentos, portanto as barreiras sociopolíticas e organizacionais de saúde seriam capaz de ser superadas por meio do fortalecimento dos arranjos de governança organizacional. Os setores responsabilizados de promover a qualidade do cuidado nas organizações de saúde poderiam engajar líderes ou defensores para promover o uso de GPC e alocar recursos financeiros e estruturais para facilitar o trabalho interdisciplinar, a pesquisa, o estudo e a implementação dos GPC. E assim, as organizações de saúde poderiam ter manuais e protocolos para a implementação de GPC (CORREA *et al.*, 2020).

Ainda nessa linha, foi identificado o “processo” como importante foco das estratégias de implementação de GPC, através do engajamento da atuação de pessoas denominadas de líderes formadoras de opinião. Metade dos profissionais concordaram que há influência de outras pessoas na disseminação e na implementação dos guias. O conceito de aproveitar líderes de opinião como agentes internos de mudanças e disseminadores de evidências científicas vem sendo muito discutido na literatura (THOMSON *et al.*, 1999; BORBAS *et al.*, 2000; FLODGREN *et al.*, 2019). Os “líderes de opinião” são pessoas, respeitadas que transmitem informações e são capazes de influenciar os outros, ou seja, são agentes persuasivos de mudança de comportamento (CURRAN, 2005). Provavelmente esses líderes apresentam um grande potencial para ajudar na percepção das evidências que sustentam as melhores práticas e assim, facilitam a mudança de comportamento dos indivíduos (ROGERS, 1976). Os resultados de Flodgren *et al.*, (2019) através de uma



revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, sugerem que os líderes de opinião podem sim ajudar a influenciar os profissionais de saúde a cumprir a prática clínica baseada em evidência. Profissionais com especialidade são potenciais líderes de opinião segundo resultados desse estudo, pois estes estão mais familiarizados com os GPC e acham mais fácil implementá-las na APS, uma explicação para isso seria, a inclusão do assunto sobre GPC na grade curricular de programas de pós-graduação.

A metarevisão de Correa *et al.*, (2020) trouxe resultados condizentes com nosso estudo, elencaram barreiras e facilitadores individuais, do sistema de saúde e contextuais para a implementação de diretrizes de prática clínica, que incluem estudos de diversos países com diversos níveis de renda e realizados em diferentes níveis de atenção. Em relação as barreiras, constataram que há evidências consistentes de que a ausência de um líder ou defensor do processo de implementação nas organizações, a falta de tempo dos profissionais de saúde, a falta de clareza, falta de credibilidade, a falta de conhecimento sobre o GPC são barreiras mais frequentes. O estudo sugeriu realizar amplos processos de divulgação, educação e treinamento para compreender as vantagens das recomendações baseadas em evidências. Cita também que os guias podem ter auxílios, aplicativos, gráficos, fluxogramas e maneiras fáceis de encontrar informações. Quanto aos facilitadores, exibiu a relevância de uma comunicação efetiva entre a equipe de trabalho, afirmam que a boa comunicação facilita sim na implementação das diretrizes. Também indicou a importância de um líder comprometido que apoia a implementação dos GPC, pois favorece à cultura de mudança. Trouxe indicativos do papel fundamental que as equipes de trabalho multidisciplinares têm como facilitador, pois estes são grandes potenciais no momento da criação de estratégias e lembretes de implementação. O estudo também aposta no uso da tecnologia como apoio para implementação.

Em relação ao manejo da cárie dentária, houve apoio à mínima intervenção tanto por cirurgiões dentistas como por gestores, porém houve relatos de insegurança em relação à algumas técnicas defendidas pela mínima intervenção no manejo da cárie dentária, alguns justificaram tal fato à falta de atualização regulares dos profissionais. As capacitações seriam úteis também nesse sentido, de melhorar a adesão dos profissionais à odontologia minimamente invasiva. Os resultados do estudo de Sales e colaboradores (2020), também encontraram seguimento nesse sentido, onde ficou claro uma alta divergência no manejo da cárie lesões cariosas profundas no seu

estudo. Este, valida uma situação de incertezas e a falta de padronização no tratamento de lesões cáries profundas, gerando uma necessidade de mudança, essa circunstância, sustentaria a implementação de um Guia de Prática Clínica.

É evidente que quando treinados apropriadamente em utilizar técnicas minimamente invasivas, dentistas e pacientes apresentam opiniões favoráveis e em muitos casos preferem terapias conservadoras para o tratamento de cárie (SANTAMARIA *et al.*, 2014). Os Estudos também apontam que, estratégias de implementação para promover a adesão ao GPC na APS são muito diferentes, e mostram a importância em reduzir a sua complexidade e adaptá-las as condições locais e as necessidades dos profissionais na APS. Inclusive muitos estudos relatam que, estratégias devem ser elaboradas em conjunto com a construção do GPC (KOVACS *et al.*, 2018).

Houve também algumas discordâncias em relação a Diretriz de Prática clínica disponibilizada pelo Ministério da Saúde que traz recomendações sobre a higiene bucal na Infância, principalmente sobre a higienização bucal em bebês sem dentes, principalmente por profissionais do sexo masculino e sobre a recomendação de utilização de fio dental em crianças por profissionais que estão mais tempo formado. Este instrumento foi desenvolvido para dispor a qualidade das evidências e a força das recomendações de forma transparente e sistematizada, ou seja, trouxe a síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica aos dentistas das equipes de saúde pública, mas segundo o documento, o instrumento pode ser útil também para outros profissionais implicados na disseminação de práticas em saúde. Pode também auxiliar coordenadores e gestores em saúde pública. Ainda, podem ser consultadas pela população para auxiliar na higiene bucal das crianças (BRASIL, 2022). Portanto, os resultados dessa pesquisa mostram a desatualização dos profissionais no que se entende de evidências científicas, se tratando de prevenção e controle da cárie dentária. Inclusive, esses resultados podem significar que mesmo estando disponível um guia, os profissionais não leram esses documentos.

No estudo Seiffert e colaboradores (2018), que avaliaram vinte e duas diretrizes de prática clínica para a prevenção de cárie dentária em crianças e adolescentes publicadas entre 2005 e 2016 por meio de uma busca sistemática, determinaram a qualidade das diretrizes utilizando a ferramenta AGREE II. O domínio com maior pontuação foi escopo e objetivo e o com menor pontuação foi o domínio aplicabilidade.

O estudo sugere que essa pontuação ruim seja decorrente da falta de informações sobre a disseminação e implementação dessas diretrizes e da desconsideração da análise econômica para a implementação delas, porém segundo Grimshaw et al (2004), não há uma definição concreta cientificamente do melhor método de implementação. Com esses resultados condizentes com o presente nesse estudo, pode se acreditar que apenas a disponibilidade desses instrumentos não é o suficiente. Isso também enfatiza ainda mais a importância da capacitação, inclusive com um olhar atento aos profissionais homens e com mais tempo de formação, que discordaram mais das diretrizes.

Esse estudo teve dois pontos fortes, o primeiro foi que descreveu desafios operacionais relacionado a recursos para a implementação, utilizou-se o CFIR para classificar barreiras e facilitadores. O CFIR apresenta um conjunto de princípios padrões, não apenas para entender, mas também para antecipar os desafios de implementação independente do contexto (DAMSCHRODER *et al.*, 2009). Não foi encontrado nenhum estudo que utilizou essa ferramenta para estudo de implementação de guia de práticas clínicas em odontologia.

As limitações estão relacionadas ao desenho do estudo quantitativo e a amostra. Ainda que se tenha obtido uma amostra expressiva, de 178 cirurgiões-dentistas com questionários válidos, o valor estatístico calculado não foi atingido, pois houve dificuldades no alcance das respostas, por outro lado vale ressaltar que houve uma taxa de resposta considerável de 70% da amostra calculada. Tal impasse é inerente em estudos com coleta de dados primários através de questionários. Foi proposto também uma amostragem por conveniência, que embora tenha sido analisado, esses achados não podem representar todos os dentistas que atuam na APS no estado do Mato Grosso do Sul.

Houve outra limitação referente ao instrumento para análise qualitativa, o CFIR, a falta de familiaridade com o instrumento utilizado para categorizar as informações, que apresentam domínios pré-definidos subjetivos, talvez algumas informações podem não encaixar perfeitamente nos constructos, e assim podem ser ignoradas, ou o estabelecimento pré-definido dos domínios pode não ser a melhor maneira de caracterização dos dados.

Apesar da amostra relativamente limitada e das limitações do instrumento para análise qualitativa, este estudo trouxe informações valiosas para implementação de guias de prática clínica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a cárie dentária possui impacto significativo no sistema de Saúde e isso infere no crescente número de elaboração de diretrizes para gerenciá-las. Identificar boas estratégias para implementação das diretrizes é fundamental (BRUSAMENTO *et al.*, 2012). A utilização de guias de prática clínica no manejo da cárie dentária é uma estratégia promissora e potencialmente eficaz no ambiente da APS, em resumo esse estudo traz algumas recomendações que devem ser levadas em consideração por formuladores de diretrizes clínicas na odontologia e na elaboração de estratégias para a implementação desses documentos no serviço de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde, por implementadores de diretrizes e formuladores de política pública de saúde:

- Elaborar diretrizes com base em documentos pré-existentis internacionalmente, através de uma atualização e adaptação transcultural;
- Capacitar e calibrar quanto ao uso e incorporação por todos envolvidos no fluxo de trabalho na utilização dessa ferramenta pode otimizar a sua implementação;
- Utilizar métodos de sensibilização profissional para promover mudanças no processo de trabalho;
- Disponibilizar suporte seja por telefone, e-mail ou presencial e espaço para compartilhamento de experiências sobre os guias;
- Identificar e aproveitar líderes de opinião para influenciar os profissionais de saúde a cumprir a prática clínica baseada em evidência e contribuir com a mudança de comportamento dos indivíduos.

## 7 CONCLUSÃO

As principais partes envolvidas na implementação de um guia de prática clínica na APS, apoiam a implementação de guias no processo de trabalho na gestão do cuidado, porém alguns desafios devem ser enfrentados, como melhorar o acesso a esses documentos, enfrentar resistência à inovação por parte dos profissionais da área odontológica, melhorar a alocação de recursos disponíveis para a calibração dos profissionais e promover a prontidão para implementação. Alguns atalhos podem facilitar esse enfrentamento, como a utilização de pessoas formadoras de opinião no intuito de favorecer a disseminação da evidência científica, aliado ao investimento em educação continuada através de capacitação constante aos profissionais do serviço. Quanto as percepções em relação ao manejo da cárie dentária, pode-se dizer que os dentistas apoiam a mínima intervenção, no entanto existe uma insegurança referente à minuciosidade pertinente a técnica defendida por ela, o que reforça a necessidade de atualização desses profissionais baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Estudar esses fatores contribuem para criação de estratégias de implementação de GPC, para melhorar a prática clínica dos profissionais e os resultados de saúde dos pacientes.

## **8 RELEVÂNCIA, IMPACTOS E APLICABILIDADE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A utilização de guias de prática clínica dentro da Estratégia Saúde Da Família (ESF) no manejo da cárie dentária é uma estratégia promissora e potencialmente eficaz no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa pesquisa contribuiu na identificação de barreiras e facilitadores organizacionais dentro do sistema público de saúde, com isso colaborou com a elaboração de estratégias de políticas públicas de saúde direcionadas à implementação efetiva dos GPC. Com isso, resultará em melhorias na qualidade do atendimento e na resolutividade dos casos, consequentemente otimizará a qualidade do serviço na APS do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o presente estudo contribuiu com a avaliação do desempenho das políticas públicas na APS (Saúde Bucal), e os desfechos desse estudo trouxeram contribuições que demonstram que a implementação de GPC pode sim transformar o processo de trabalho, e assim demonstrou subsídios para a gestão para implementar esses documentos na prática clínica, com o principal intuito de melhorar a qualidade do atendimento na APS.

## REFERÊNCIAS

- AIELLO, R. B (org.); DE-CARLI, A. D.; CASCAES, A. M.; BUCCINI, G.; PROBST, L. V.; FRAZÃO P. Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde. Campo Grande: Ed. UFMS, 2021. [recurso eletrônico], disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3866/1/Introducao%20a%20Ciencia%20de%20Implementacao.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- ALONSO-COELLO, P.; IRFAN, A.; SOLÀ, I.; GICH, I.; DELGADO-NOGUERA, M.; RIGAU, D.; TORT, S.; BONFILL, X.; BURGERS, J.; SCHUNEMANN, H. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. **Quality and Safety in Health Care**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. e58-e58, dec. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2010.042077>.
- ALVES LS. FONTANELLA V. DAMO AC. OLIVEIRA EF. MALTZ M. Qualitative and quantitative radiographic assessment of sealed carious dentin: a 10-year prospective study. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology**, [s. l.] v. 109 n. 1, p. 135-141, jan.2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.08.021>
- AMER, Y. S. et al. The ‘Adapted ADAPTE’: an approach to improve utilization of the ADAPTE guideline adaptation resource toolkit in the Alexandria Center for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines: Alexandria CPGs Adapted ADAPTE. **Journal of evaluation in clinical practice**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 1095–1106, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12479>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12479>.
- ANDERSON, M.; ALBALA, S. A.; PATEL, N.; LLOYD, J.; MOSSIALOs, E. Building the economic case for primary health care: a scoping review. **WHO Technical Series on Primary Health Care**. ORGANIZATION, W. H.: World Health Organization 2018. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf?sfvrsn=8d0105b8\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf?sfvrsn=8d0105b8_2). Acesso em: 10 de set. 2023.
- ANDRADE, L. O. M. de; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. de H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 2, p. 327 a 350, 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6572>. Acesso em: 10 set. 2023
- ANUWAR, A.; AB-MURAT, N. Developing Clinical Practice Guidelines for Dental Caries Management for the Malaysian Population through the ADAPTE Trans-Contextual Adaptation Process. **Oral health & preventive dentistry**, [s. l.] v. 19, n.1, p. 217–227, jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3290/j.ohpd.b1179509>
- ARAUJO, D. V.; FERRAZ, M. B. Economic impact of chronic ischemic cardiopathy treatment in Brazil: the challenge of new cardiovascular technology inclusion. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, [s. l.], v. 85, n. 1, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005001400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/R3QsH9Yk4qhQv5Bs43PGWgs/>. Acesso em: 10 set. 2023

ARAÚJO, Y. P. DE; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciencia & saude coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 219–227, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100031>.

ARMSTRONG, J. J.; GOLDFARB, A. M.; INSTRUM, R. S.; MACDERMID, J. C. Improvement evident but still necessary in clinical practice guideline quality: a systematic review. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 81, p. 13-21, jan. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.08.005>.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & contexto enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 378–385, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6BRTLk45MR6phJ5B47wXNLD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

BAHTSEVANI. C.; UDÉN. G.; WILLMAN. A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. **International journal of technology assessment in health care**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 427-433. 2004. DOI: <http://dx.10.1017/s026646230400131x>. Disponível em: Acesso em: 02 maio. 2021

BAICKER, K.; CHANDA, A. Evidence-Based Health Policy. **The New England Journal of Medicine**. [s. l.], v. 377, n. 25, p. 2413-2415, Dec. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1709816>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1709816>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BANERJEE, A. FRENCKEN, J. E.; SCHWENDICKE, F.; INNES, N. P. T. Contemporary operative caries management: consensus recommendations on minimally invasive caries removal. **British Dental Journal**, [s. l.], v. 223, n. 3, p. 215-222, Aug. 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.672>.

BANERJEE, A. 'Ml'opia or 20/20 vision? **British Dental Journal**, [s. l.], v. 214, n. 3, p. 101-105, feb. 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.105>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.105>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BANERJEE, A.; FRENCKEN, J. E.; SCHWENDICKE, F.; INNES, N. Contemporary operative caries management: consensus recommendations on minimally invasive caries removal. **British dental journal**, v. 223, n.3, p. 215–222, aug. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.672>.

BJØRNDAL, L.; KIDD, E. A. The treatment of deep dentine caries lesions. **Dental update**, [s. l.] v. 32, n.7, p. 402–413, sept. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/denu.2005.32.7.402>

BLACK, N. Evidence based policy: proceed with care. **BMJ**, [s. l.], v. 323, n. 7307, p. 275-279, Aug. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7307.275>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120888/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BOMFIM, R. A.; BRAFF, E. C.; FRAZÃO, P. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da versão em português (Brasil) do questionário Prontidão Organizacional para Implementação de Mudança para implementação de mudança em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200100>.



BORBAS, C.; MORRIS, N.; MCLAUGHLIN, B.; ASINGER, R.; GOBEL, F. The Role of Clinical Opinion Leaders in Guideline Implementation and Quality Improvement. **Chest**, [S.L.], v. 118, n. 2, p. 24-32, ago. 2000. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1378/chest.118.2\\_suppl.24s](http://dx.doi.org/10.1378/chest.118.2_suppl.24s).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Consultas Públicas**. In: Acesso a informação: Consultas públicas. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2022>. Acesso em: 8 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT. Brasília, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510\\_19\\_12\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html). Acesso em: 10 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.444-de-29-de-maio-de-2020-259414882>. Acesso em: 10 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 2.436, DE 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 União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 10 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92.p (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5Mw==>. Acesso em: 10 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 10 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/livropcdt\\_volumemiii.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/livropcdt_volumemiii.pdf/view). Acesso em: 10 de set. 2023.

BROUWERS, M. C.; KHO, M. E.; BROWMAN, G. P.; BURGERS, J. S.; CLUZEAU, F.; FEDER, G.; FERVERS, B.; GRAHAM, I. D.; GRIMSHAW, J.; HANNA, S. E.; LITTLEJOHNS, P.; MAKARSKI, J.; ZITZELSBERGER, L.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 10, n. 10, E839-E842, Dec. 2010. DOI: <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.090449>. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/182/18/E839.long>. Acesso em 04 abr. 2021.

BROWMAN, G.; SNIDER, A.; ELLIS, P. Negotiating for Change. The Healthcare Manager as Catalyst for Evidence-Based Practice: changing the healthcare environment and sharing experience. **HealthcarePapers**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 10-22, jan. 2003.

BRUSAMENTO, S.; LEGIDO-QUIGLEY, H.; Panteli, D., TURK, E.; KNAI, C.; SALIBA, V.; CAR, J.; MCKEE, M.; BUSSE, R. Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. **Health Policy**, [s. l.], v. 107, n. 2-3, p. 168–183, out. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.005>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

CAPUCHO, H. C.; SALOMON, F. C. R.; VIDAL, Ávila T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V. C. C.; PETRAMALE, C. A. Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 215–222, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33704>. Acesso em: 10 set. 2023.

CARVALHO, J. C.; QVIST, V.; AIMÉE, N. R.; MESTRINHO, H. D.; BAKHSHANDEH, A. Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment Decisions for Occlusal Caries: A Survey from the Danish Public Dental Health Service. **Caries research**, [s. l.], v. 52, n.1-2, p. 58–70, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000484987>.

CLARKSON, J. E. Getting Research into Clinical Practice – Barriers and Solutions. **Caries Research**, [s. l.]: v. 38, n. 3, p. 321-324, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000077772>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/77772>. Acesso em: 04 abr. 2021.

CORREA, V. C. et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. **Health Research Policy and Systems**, v. 18, n. 1, 29 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00588-8#citeas>. Acesso em: 08 jul. 2023.

CURRAN, G. M.; BAUER, M.; MITTMAN, B.; PYNE, J. M.; STETLER, C. Effectiveness-implementation Hybrid Designs. **Medical Care**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 217-226, mar. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0b013e3182408812>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731143/>. Acesso em: 04 abr. 2023.

CURRAN, G. M.; THRUSH, C. R.; SMITH, J. L.; OWEN, R. R.; RITCHIE, M.; CHADWICK, D. Implementing Research Findings into Practice Using Clinical Opinion Leaders: barriers and lessons learned. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, [S.L.], v. 31, n. 12, p. 700-707, dez. 2005. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(05\)31091-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(05)31091-9).

CUTLER, D. M.; MCCLELLAN, M. Is technological change in medicine worth it? **Health affairs (Project Hope)**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 11–29, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.11>.

DA SILVA H. C. A.; ESPINOSA. M. M.; MOI. G. P.; GONÇALVES. M. F. FERREIRA. Cárie dentária e fatores associados aos 12 anos na Região Centro-Oeste do Brasil em 2010: um estudo transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 10, p. 3981-3988, out. 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.24732018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dVXZ65xHVLRSTDNhtpC4Cy/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jun. 2021.

DE GRAUWE, A.; APS, J. K.; MARTENS, L. C. Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? **European journal of paediatric dentistry**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 62–70. 2004.

DAMSCHRODER, L. J.; ARON, D. C.; KEITH, R. E.; KIRSH, S. R.; ALEXANDER, J. A.; LOWERY, J. C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation science** [s. l.], v. 4, n. 1, p. 327-345, aug. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>. Acesso em: 03. jun. 2021.

DAMSCHRODER, L. J.; REARDON, C. M.; WIDERQUIST, M. A. O.; LOWERY, J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. **Implementation Science**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-10, 29 out. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-022-01245-0>. Acesso em: 15 mar. 2023.

DAVIES, P.; WALKER, A.; GRIMSHAW, J. M. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. **Implementation Science**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 5-14, 9 fev. 2010. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-14>.

ECCLES, M.; P; MITTMAN, B S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-3, 22 fev. 2006. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/25229662\\_Welcome\\_to\\_Implementation\\_Science](https://www.researchgate.net/publication/25229662_Welcome_to_Implementation_Science). Acesso em 15 mar. 2023.

ECCLES, M.; MASON, J. How to develop cost-conscious guidelines. **Health Technology Assessment**, [s. l.], v. 5, n. 16, p. 1-69, June. 2001. DOI: <https://dx.doi.org/10.3310/hta5160>. Disponível em: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta5160#/abstract>. Acesso em: 04 abr. 2021.

EKSTRAND K. R.; BRUUN G.; BRUUN M. Plaque and gingival status as indicators for caries progression on approximal surfaces. **Caries research**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 41-45, 1998. DOI: <https://dx.doi.org/10.1159/000016428>.

EKSTRAND, K. R.; MARTIGNON, S.; RICKETTS, D. J.; QVIST, V. Detection and activity assessment of primary coronal caries lesions: a methodologic study. **Operative dentistry**, [s. l.], v. 32, n.3, p. 225–235, may-june. 2007. DOI: <https://dx.doi.org/10.2341/06-63>.

EKSTRAND, K. R.; RICKETTS, D. N.; KIDD, E. A. Occlusal caries: pathology, diagnosis and logical management. **Dental update**, [s. l.], v. 28, n. 8, p. 380–387, oct. 2001. DOI: <https://dx.doi.org/doi.org/10.12968/denu.2001.28.8.380>.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 35–41, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100008>

FAGGION, C. M. The development of evidence-based Guidelines in Dentistry. **Journal of Dental Education**, [s. l.], v. 77, n. 2, p. 124-136, July. 2012 DOI: <http://dx/doi.org/10.1002/j.0022-0337.2013.77.2.tb05454.x>.

FEJERSKOV, O.; NYVAD, B.; KIDD, E. A. M. Cárie dentária. O que é? In: **Cárie Dentária: Fisiopatologia e tratamento**. 3. ed. Tradução Ana Julia PerrottiGarcia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 16-19. Tradução: Dental caries: the disease and its clinical management

FEJERSKOV, O; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 2. ed. Tradução: Rossetti PHO. São Paulo: Santos, 2011.

FERVERS, B.; BURGERS, J. S.; VOELLINGER, R.; BROUWERS, M.; BROWMAN, G. P.; GRAHAM, I. D.; HARRISON, M. B.; LATREILLE, J.; MLIKA-CABANE, N.; PAQUET, L.; ZITZELSBERGER, L.; BURNAND, B.; ADAPTE Collaboration (2011). Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. **BMJ quality & safety**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 228–236, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.043257>. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/3/228.long>. Acesso em: 12 set. 2023.

FLETCHER, S. W.; FLETCHER, R. H. Development of clinical guidelines. **The Lancet**, [s. l.], v. 352, n. 9144, p. 1876-1876, Dec. 1998. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60393-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60393-5).

FLODGREN, G.; O'BRIEN, M. A.; PARMELLI, E.; GRIMSHAW, J. M. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2019, n. 6, p. 1-119, 24 jun. 2019. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000125.pub5>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6589938/pdf/CD000125.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2023.

FONTANA, M.; PILCHER, L.; TAMPI, M. P.; URQUHART, O.; SLAYTON, R. L.; ARAUJO, M. W. B.; CARRASCO-LABRA, A. Caries management for the modern age. *Journal of the American Dental Association*, [s. l.], v. 149, n. 11, p. 935-937, nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2018.09.004>.

FONTANA, M.; YOUNG, D. A.; WOLFF, M. S.; PITTS, N. B.; LONGBOTTOM, C. Defining dental caries for 2010 and beyond. *Dental clinics of North America*, [s. l.], v. 54, n. 3, p. 423–440, july. 2010. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2010.03.007>.

FRANÇA, M. A. DE S. A.; SPIRANDELLI, A. C. M. DE A.; VERDE, M. C. DE C. L. V. Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 43, n. spe6, p. 138–146, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S613>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p9SkxSHjBwmVtYrz8zKWctF/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; **HUCITEC**, 2004-2a. edição; São Paulo, SP. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASIST%20CANCIA%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FAlio.pdf>. Acesso em: 12 set. 2023.

FRENCKEN, J. E.; PETERS, M. C.; MANTON, D. J.; LEAL, S. C.; GORDAN, V. V.; EDEN, E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries – a review. *International Dental Journal*, [s. l.], v. 62, n. 5, p. 223-243, Oct. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490231/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

FYFFE, H. E.; DEERY, C.; NUGENT, Z. J.; NUTTALL, N. M.; PITTS, N. B. Effect of diagnostic threshold on the validity and reliability of epidemiological caries diagnosis using the Dundee Selectable Threshold Method for caries diagnosis (DSTM). *Community dentistry and oral epidemiology*, [s. l.], v. 28, n.1, p. 42–51, feb. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.280106.x>.

GAGLIARDI, A. R.; MARSHALL, C.; HUCKSON, S.; JAMES, R.; MOORE, V. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. *Implementation Science*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-9, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0205-5>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0205-5#citeas>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GLASGOW R. E.; EMMONS KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Ann Rev Public Health*, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 413-433, apr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145>. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GOMEZ, J.; TELLEZ, M.; PRETTY, I. A.; ELLWOOD, R. P.; ISMAIL, A. Non-cavitated carious lesions detection methods: a systematic review. *Community dentistry and oral epidemiology*, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 54–66, fev. 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/cdoe.1202>.



GREEN, S.; PIEHL, J. Clinical practice guidelines: a guide to better practice, not a recipe for uniformity. **The Australian Journal of Physiotherapy**, [s. l.], v. 49 n. 1, p. 3–4, 2003. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60182-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60182-3).

GRIMSHAW, J.; THOMAS, R.; MACLENNAN, G.; FRASER, C.; RAMSAY, C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. **Health Technol Assess**, [s. l.], v. 8, n. 6, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.3310/hta8060>. Disponível em: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta8060/#/abstract>. Acesso em: 06 jun. 2021.

GROL, R.; DALHUIJSEN, J.; THOMAS, S.; VELD, C.; RUTTEN, G.; MOKKINK, H. Tributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. **BMJ**, [s. l.], v. 317, n. 7162, p. 858-861, 26 Sept. 1998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7162.858>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31096/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GUNCU, G. N.; NEMLI, S. K.; CARRILHO, E.; YAMALIK, N.; VOLODINA, E.; MELO, P.; MARGVELASHVILI, V.; ROSSI, A. Clinical Guidelines and Implementation into Daily Dental Practice. **Acta medica portuguesa**, [s. l.], n. 31, v.1, p. 12–21, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.8942>.

HARRISON, M. B. et al. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. **Implementation science**: [s. l.], v. 8, n. 1, 2013. DOI: <http://dx.10.1186/1748-5908-8-49>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-49>. Acesso em: 12 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022**: prévia da população MS Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2022/Previa\\_da\\_Populacao/MS\\_POP2022.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/MS_POP2022.pdf). Acesso em: 22 mar. 2023

ICDAS Criteria For Detecting Coronal Caries. PowerPoint Training Pack (52 slides) - **ICDAS Foundation Website downloads page**, 2005. Disponível em: <http://www.icdas.org/downloads>. Acesso em: 07 jun. 2021

INNES, N. P.; FRENCKEN, J. E.; BJØRNDAL, L.; MALTZ, M.; MANTON, D. J.; RICKETTS, D.; VAN LANDUYT, K.; BANERJEE, A.; CAMPUS, G.; DOMÉJEAN, S.; FONTANA, M.; LEAL, S.; LO, E.; MACHIULSKIENE, V.; SCHULTE, A.; SPLIETH, C.; ZANDONA, A.; SCHWENDICKE, F. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Terminology. **Advances in Dental Research**. [s. l.], v. 28, n. 2, p. 49-57, May. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0022034516639276>.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Clinical Practice Guidelines. Guidelines. FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (ed.). **Guidelines for Clinical Practice**: from development to use. Washington, DC: National Academy Press, 1992. DOI: <http://dx.doi.org/10.17226/1863>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234503/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (ed.). **Clinical practice guidelines: directions for a New Program**. Washington: National Academy Press; 1990. DOI: <https://dx.doi.org/10.17226/1626>. Disponível em: <https://www.nap.edu/download/1626>. Acesso em: 04 abr. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. Trustworthy Clinical Practice Guidelines Board on Health Care Services. **Clinical Practice Guidelines We Can Trust**. Washington, DC: The National Academies Press, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539>. Acesso em: 04 abr. 2021.

ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B.; TELLEZ, M. Authors of International Caries Classification and Management System (ICCMS), BANERJEE, A.; DEERY, C.; DOUGLAS, G.; EGGERTSSON, H.; EKSTRAND, K.; ELLWOOD, R.; GOMEZ, J.; JABLONSKI-MOMENI, A.; KOLKER, J.; LONGBOTTOM, C.; MANTON, D.; MARTIGNON, S.; MCGRADY, M.; RECHMANN, P.; RICKETTS, D.; SOHN, W.; ZANDONA, A. The International Caries Classification and Management System (ICCMS™) An Example of a Caries Management Pathway. **BMC oral health**, 15 Suppl 1(Suppl 1), S9. 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S9>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/26391116/>. Acesso em: 03. jun. 2021.

KAPP, S. Successful implementation of clinical practice guidelines for pressure risk management in a home nursing setting. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, [s. l.], p. 895-901, jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01870.x>.

KILSDONK, E.; PEUTE, L. W.; JASPERS, M. W. M. Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: a systematic review and gaps analysis. **International Journal Of Medical Informatics**, [s. l.], v. 98, p. 56-64, fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.12.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616302702?via%3Dihub>. Acesso em: 23 nov. 2022.

KOVACS, E.; STROBL, R.; PHILLIPS, A.; STEPHAN, A. J.; MÜLLER, M.; GENSICHEN, J.; GRILL, E. Systematic Review and Meta-analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-communicable Disease Guidelines in Primary Health Care. **Journal of General Internal Medicine**. [s. l.], v. 33, n. 7, p. 1142-1154. 4 July 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-018-4435-5>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025666/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

LAU, R.; STEVENSON, F.; ONG, B. N.; DZIEDZIC, K.; TREWEEK, S.; ELDRIDGE, S.; EVERITT, H.; KENNEDY, A.; QURESHI, N.; ROGERS, A. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. **Implementation Science**. Springer Science and Business Media LLC. [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-39, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0396-4>. Acesso em: 03 mar. 2023.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 1, p. 5-12, 1996.

LICHTENBERG, F. R. Are the benefits of newer drugs worth their cost? Evidence from the 1996 MEPS. **Health affairs (Project Hope)**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 241–251, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.241>.

LIMA, J. E. D. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, dec. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-54192007000600012>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 maio. 2021

LISTL, S.; GALLOWAY, J.; MOSSEY, P. A.; MARCENES, W. Global Economic Impact of Dental Diseases. **Journal of Dental Research**, [s. l.], v. 94, n. 10, p. 1355-1361, aug. 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0022034515602879>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/281394945\\_Global\\_Economic\\_Impact\\_of\\_Dental\\_Diseases](https://www.researchgate.net/publication/281394945_Global_Economic_Impact_of_Dental_Diseases). Acesso em: 03 junho. 2021.

LONG, C. M.; QUINONEZ, R. B.; ROZIER, R. G.; KRANZ, A. M.; LEE, J. Y. Barriers to pediatricians' adherence to American Academy of Pediatrics oral health referral guidelines: North Carolina general dentists' opinions. **Pediatric Dentistry**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 309-315, july-aug. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523089/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

LONGBOTTOM, C. L.; HUYSMANS, M. C.; PITTS, N. B.; FONTANA, M. Glossary of key terms. **Monographs in oral science**, [s. l.], v. 21, p. 209–216, juny. 2009. DOI: <https://dx.doi.org/10.1159/000224225>.

LOURENÇO, E. D. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. D. C.; PEREIRA, A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciencia & Saude Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. suppl 1, p. 1367–1377, 1 out. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CB35MrNFvzNcxX7rhWHdwfM/?lang=pt>. Acesso em: 10 de set. 2023.

MALTZ, M.; ALVES, L. S. Incomplete Caries Removal Significantly Reduces the Risk of Pulp Exposure and Post-Operative Pulpal Symptoms. **Journal Of Evidence Based Dental Practice**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 120-122, sept. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2013.07.014>.

MARCENES, W.; KASSEBAUM, N. J.; BERNABÉ, E.; FLAXMAN, A.; NAGHAVI, M.; LOPEZ, A.; MURRAY, C. J. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **Journal of Dental Research**, [s. l.], v. 92, n. 7, p. 592-597, may. 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0022034513490168>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484374/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MATHIESON, A.; GRANDE, G.; LUKER, K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. **Primary Health Care Research & Development**, [s. l.], v. 20, p. 1-11, 2 aug. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423618000488>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6476399/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKOCAMPOS, Rosana T. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.



MICKAN, S.; BURLS A.; GLASZIOU P. Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. **Postgraduate Medical Journal**, [s. l.], v. 87, n. 1032, p. 670-679, Oct. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2010.116012>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181428/>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MILLER, M.; KEARNEY, N. Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 41, n. 7, p. 813-821, sept. 2004. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.09.00>.

NILSEN, Per. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implementation Science**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 21 apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0242-0>. Acesso em: 22 nov. 2022

NYVAD, B.; MACHIULSKIENE, V.; BAELUM, V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. **Caries research**, [s.l.], v. 33, n4, p. 252–260, july-aug. 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000016526>.

OLIVEIRA, J.-L. C. DE; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciencia & saude coletiva**, [s. l.], v. 10, n. suppl, p. 297–302, 2005a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500030>. Acesso em: 10 de set. 2023.

THOMSON, O. M.; OXMAN, A. D.; HAYNES, R. B.; DAVIS, D. A.; FREEMANTLE N, HARVEY, E. L. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. **The Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-13, 25 jan. 1999. John Wiley & Sons, Ltd. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000125>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125/epdf/full>. Acesso em: 04 abr. 2023.

PÉREZ, D.; STUYFT,P.; ZABALA, M.; CASTRO, M.; LEFÈVRE, P. A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. **Implementation Science**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-11, dez. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>.

PETERS, D. H; ADAM, T.; ALONGE, O.; AGYEPONG, I. A.; TRAN, N. Republished research: implementation research. **British Journal Of Sports Medicine**, [S.L.], v. 48, n. 8, p. 731-736, 23 mar. 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6753>.

PINTO, V. G. Saúde bucal no Brasil. **Revista de saúde pública**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 316–327, 1983. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4zk8jZFBKvYZWZGBss4McSJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

PITTS, N. B.; EKSTRAND, K. R. ICDAS Foundation. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 41, n.1, p. e41–e52, fev. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12025>.

PITTS, N. B.; ISMAIL, A. I.; MARTIGNON, S.; EKSTRAND, K.; DOUGLAS, G. V. A.; LONGBOTTOM, C.; DEERY, C.; ELLWOOD, R.; GOMEZ, J.; KOLKER, J.; MANTON, D.; MCGRADY, M.; RECHMANN, P.; RICKETTS, D.; THOMPSON, V.; TWETMAN, S.; WEYANT, R.; ZANDONA, A. F.; ZERO, D. ICCMS™ **Guide for Practitioners and Educators**. ICDAS Foundation. 2014. Disponível em: <https://www.iccms-web.com/uploads/asset/59284654c0a6f822230100.pdf>. Acesso em: 06 maio. 2021.

PITTS, N. Preventive and minimal intervention dentistry in the undergraduate curriculum. **Journal of dentistry**, [s. l.], n. 39, Suppl 2, p. S41–S48, dec. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2011.10.013>.

PRATT, R.; SAMAN, D. M.; ALLEN, C.; CRABTREE, B.; OHNSORG, K.; SPERLHILLEN, J. M.; HARRY, M.; HENZLER-BUCKINGHAM, H.; O'CONNOR, P. J.; DESAI, J. Assessing the implementation of a clinical decision support tool in primary care for diabetes prevention: a qualitative interview study using the consolidated framework for implementation science. **Bmc Medical Informatics And Decision Making**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1-15, jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-021-01745-x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8760770/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PRETTY, I. A.; EKSTRAND, K. R. Detection and monitoring of early caries lesions: a review. **European archives of paediatric dentistry**: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry, [s. l.], v. 17, n.1, p. 13–25, fev. 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s40368-015-0208-6>.

PROCTOR, E. K.; POWELL, B. J.; MCMILLEN, J. C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. **Implementation Science**, [s. l.] v. 8, n. 1, dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>. Acesso em 07 jun. 2023.

RICKETTS, D.; LAMONT, T.; INNES, N. P.; KIDD, E.; CLARKSON, J. E. Operative caries management in adults and children. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 1-52, mar. 2013. Atualizado em: The Cochrane database of systematic reviews, July 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003808.pub3>.

ROGERS, E. M. New Product Adoption and Diffusion. **Journal Of Consumer Research**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 290-301, mar. 1976. Oxford University Press (OUP). DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/208642>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcr/article-abstract/2/4/290/1820436?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 04. Abr. 2023.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/>. Acesso em: 10 set. 2023.

SALES, G. C.; MARQUES, M. G.; RUBIN, D. R.; NARDONI, d. n.; LEAL, S. C.; HILGERT, I. A.; DAME-TEIXEIRA, N. Are Brazilian dentists and dental students using the ICCC recommendations for caries management?. **Brazilian Oral Research**, 2020, v. 34, n. 0062, p. e062, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020>.

SANTAMARIA, R. M.; INNES, N. P.; MACHIULSKIENE, V.; EVANS, D. J.; ALKILZY, M.; SPLIETH, C. H. Acceptability of different caries management methods for primary molars in a RCT. **International Journal of Paediatric Dentistry**, [s. l], v. 25, n. 1, p. 9-17, Mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12097>.

SANTOS, V. C. C. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2010.

SCHRAMM, F. R.; ESCOSTEGUY, C. C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cadernos de saúde pública**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 951–961, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QtyXKGtcjDMjhzGDKCZNgcGt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

SCHWENDICKE, F.; FRENCKEN, J. E.; BJØRNDAL, L.; MALTZ, M.; MANTON, D. J.; RICKETTS, D.; VAN LANDUYT, K.; BANERJEE, A.; CAMPUS, G.; DOMÉJEAN, S.; FONTANA, M.; LEAL, S.; LO, E.; MACHIULSKIENE, V.; SCHULTE, A.; SPLIETH, C.; ZANDONA, A. F.; INNES, N. P. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. **Advances in Dental Research**, [s. l], v. 28, n. 2, p. 58-67, Apr. 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0022034516639271>.

SEIFFERT, A.; ZAROR, C.; ATALA-ACEVEDO, C.; ORMEÑO, A.; MARTÍNEZ-ZAPATA, M. J.; ALONSO-COELLO, P. Dental caries prevention in children and adolescents: a systematic quality assessment of clinical practice guidelines. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 9, p. 3129–3141, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-018-2405-2>.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental Caries. **Lancet**. London, England, v. 369, n. 9555, p. 51-59. 2007 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60031-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2). Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Nigel-Pitts/publication/6591922\\_Dental\\_Caries/links/5a953802a6fdccecff077db7/Dental-Caries.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nigel-Pitts/publication/6591922_Dental_Caries/links/5a953802a6fdccecff077db7/Dental-Caries.pdf). Acesso em 02 maio. 2021.

SIERING, U.; EIKERMANN, M.; HOFFMANN-EßER, W.; NEUGEBAUER, E. A. Appraisal Tools for Clinical Practice Guidelines: A Systematic Review. **PLoS One**, [s. l.]: v. 8, n. 12, p. e82915, dez. 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0082915>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0082915>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SLAYTON, R. L.; URQUHART, O.; ARAUJO, M. W. B.; FONTANA, M.; GUZMÁN-ARMSTRONG, S.; NASCIMENTO, M. M.; NOVÝ, B. B.; TINANOFF, N.; WEYANT, R. J.; WOLFF, M. S. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions. **The Journal Of The American Dental Association**, [s. l.], v. 149, n. 10, p. 837-849, oct. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2018.07.002>.

SLAYTON, R. L.; URQUHART, O.; ARAUJO, M.; FONTANA, M.; GUZMÁN-ARMSTRONG, S.; NASCIMENTO, M. M.; NOVÝ, B. B.; TINANOFF, N.; WEYANT, R. J.; WOLFF, M. S.; YOUNG, D. A.; ZERO, D. T.; TAMPI, M. P.; PILCHER, L.; BANFIELD, L.; CARRASCO-LABRA, A. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. **Journal of the American Dental Association**, v. 149, n.10, p. 837–849.e19, oct. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2018.07.002>.

STARFIELD, B.; SHI L, MACINKO J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, **The Milbank Quarterly**, v.83, n.3, p. 457-502, sep. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

URQUHART, O.; TAMPI, M. P.; PILCHER, L.; SLAYTON, R. L.; ARAUJO, M. W. B.; FONTANA, M.; GUZMÁN-ARMSTRONG, S.; NASCIMENTO, M. M.; NOVÝ, B. B.; TINANOFF, N.; WEYANT, R. J.; WOLFF, M. S.; YOUNG, D. A.; ZERO, D. T.; BRIGNARDELLO-PETERSEN, R.; BANFIELD, L.; PARIKH, A.; JOSHI, G.; CARRASCO-LABRA, A. Nonrestorative Treatments for Caries: systematic review and network meta-analysis. **Journal of Dental Research**, [s. l.], v. 98, n. 1, p. 14-26, oct. 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0022034518800014>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304695/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

VAN DER SANDEN, W. J.; METTES D.G.; PLASSCHAERT A. J.; VAN'T HOF M. A.; GROL R.O.; VERDONSCHOT E. H. Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. **Quality And Safety In Health Care**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 107-111, Apr. 2003. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.2.107>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743694/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

VAN STRALEN, C. J. et al.. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. Cad. Saúde Pública, 2008 24 suppl 1, p. s148–s158, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

VARSİ, Cecilie; EKSTEDT, Mirjam; GAMMON, Deede; RULAND, Cornelia M. Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: a qualitative study. **Journal Of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 17, n. 11, p. 262-262, 18 nov. 2015. JMIR Publications Inc. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.5091>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26582138/>. Acesso em:04 abr. 2023.

WOOLF, S. H.; GROL, R.; HUTCHINSON, A.; GRIMSHAW, J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. **BMJ**, [s. l.], v. 318, n. 7182, p. 527-530, fev. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114973/pdf/527.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

**APÊNDICE A – Roteiro prévio das entrevistas com os informantes-chave**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Ano e local de Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Principais cargos/funções relativos à atuação profissional \_\_\_\_\_

1. Informações sobre o trabalho: (Motivação e interesse que impulsiona o respondente a trabalhar no setor da saúde e na organização (pública, privada, economia mista etc) e especificamente no nível de atuação (tomada de decisão, gerencial, administrativa, técnica etc)

2. Atribuições/Responsabilidades do entrevistado dentro da organização

3. Relações entre a atribuições/responsabilidades e as diretrizes estratégicas da organização;

4. Como é estabelecida a programação destas atividades?

5. Percepção sobre a dinâmica/funcionamento da organização em relação à prática clínica dos CDs. Existe capacitação suficiente para os profissionais?

6. Percepção sobre as guias de prática clínicas (GPC) e potenciais impactos de seguir diretrizes clínicas para a prática odontológica na população

7. Percepção sobre a agenda do Cirurgião-Dentista e sua produção ambulatorial

8. Percepção do entrevistado sobre os parâmetros de indicadores de saúde bucal no seu município/unidade de saúde

9. Percepção do entrevistado quanto à implementação de guias de prática clínica (GPC) para manejo da cárie dentária nos serviços de saúde bucal

10. Percepção do entrevistado sobre o que é mínima intervenção? Benefícios? Riscos? Entraves para aplicar na prática?

**APÊNDICE B** – Questionário de pesquisa: implementação de guias de prática clínica para manejo da cárie dentária na atenção primária à saúde bucal

Olá, sou pesquisadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, convidamos você a participar da pesquisa "IMPLEMENTAÇÃO DE GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA PARA MANEJO DA CÁRIE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL". O objetivo central do estudo é: Avaliar as percepções quanto à implementação de Guias de Prática Clínica (GPC) na Atenção Primária à Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

**O tempo estimado para resposta desse questionário são de 5 a 7 minutos  
Qual é seu endereço de e-mail?**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS**

**Histórico e objetivos**

O processo de tomada de decisões clínicas faz parte da rotina de qualquer dentista, e é uma parte importante da prática odontológica diária. Normalmente, o dentista utiliza sua bagagem acadêmica, sua formação profissional, os dados disponíveis, as evidências científicas e sua perícia clínica para tomar suas decisões clínicas, e o faz de forma bem-sucedida na maioria dos casos. Isso não significa, no entanto, que os dentistas clínicos não precisem de um suporte. Recomendações clínicas, documentos de posicionamento, declarações de consenso, declarações de posicionamento e diretrizes clínicas visam essencialmente a fornecer esse suporte para os dentistas em sua atuação clínica diária. Por outro lado, a elaboração de diretrizes clínicas e sua aplicação na prática de atenção à saúde (incluindo a odontologia e a medicina) é um processo em que também surgem algumas questões e preocupações. Este questionário tem como objetivo avaliar a situação atual dos dentistas clínicos e suas percepções sobre a elaboração e implementação de diretrizes clínicas na prática odontológica.

**DADOS E CARACTERÍSTICAS DO(A) ENTREVISTADO(A):**

**Em que país você reside?**

**Qual sua idade?**

**Qual seu Gênero?**

( ) feminino ( ) masculino ( ) prefiro não dizer

**Quanto tempo você tem de formado?**

**Tipo de atuação:**

( ) clínica ( ) especialista ( ) outros

**Tipo de atuação:**

( ) consultório particular ( ) serviço público ( ) serviço público e particular

**Tipo de atuação:**

( ) Individual ( ) Individual em uma clínica médica ( ) Em grupo (em uma clínica odontológica com outros dentistas ( ) Em grupo (em uma clínica médica com outros



dentistas ( ) Membro do corpo docente de uma universidade privada ( ) Membro do corpo docente de uma universidade pública ( ) outros

### **QUESTIONÁRIO (Baseado CFIR)**

**1. Você tem informações ou evidências que mostram a aplicabilidade desses instrumentos em seu ambiente de trabalho. (CENÁRIO INTERNO > Força e qualidade da evidência)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**2. As informações sobre a disseminação e implementação desses instrumentos advém da orientação de outras pessoas. (PROCESSO > Engajamento > Líderes de opinião)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**3. O seu conhecimento influencia na sua percepção sobre a aplicabilidade desses instrumentos na prática. (CARACTERÍSTICAS DOS INDÍVIDUOS > Autoeficácia)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**4. É preciso algum tipo de evidência científica sobre a eficácia da aplicação desses guias para que possam ser implementados nos serviços de saúde bucal. (CARACTERÍSTICAS DA INTERVEÇÃO > Força e qualidade da evidência)**

- ( ) Concordo plenamente.

- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**5. Considerando o contexto atual dos pacientes atendidos na Atenção Primária a Saúde Bucal, a implementação desses instrumentos na prática clínica é considerada complexa. (CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO > Complexidade)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**6. Existem tecnologias de suporte disponíveis como materiais impresso, virtual entre outros, que ajudam na aplicabilidade desses instrumentos. (CENÁRIO INTERNO > Prontidão para implementação > recursos disponíveis)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**7. A infraestrutura disponível pode facilitar ou dificultar a implementação dos Guias. (CENÁRIO INTERNO > Características estruturais)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**8. São realizadas com frequência reuniões de equipe para discussão e implementação de novas tecnologias. (CENÁRIO INTERNO > Rede de relações e Comunicação)**

- ( ) Concordo plenamente.



- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**9. Existe uma ou algumas pessoas de referência para discutir novas ações ou para solucionar problemas do serviço de saúde bucal. (CENÁRIO INTERNO > relações e Comunicação)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**.Há uma necessidade de implementar Guias de Prática Clínica no manejo de cárie dentária na Atenção Primária à Saúde Bucal. (CENÁRIO INTERNO > Clima de Implementação > tensão para mudança)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

**10. Esses guias de prática clínica podem ser melhorados. (CARACTERÍSTICAS DA INTERVEÇÃO > Força e qualidade da evidência)**

- ( ) Concordo plenamente.
- ( ) Concordo parcialmente.
- ( ) Não concordo nem discordo.
- ( ) Discordo parcialmente.
- ( ) Discordo plenamente.

### **Diretriz para a Prática Clínica na Atenção Primária à Saúde: Recomendações para Higiene Bucal na Infância**

A Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CGSB/MS) está organizando um conjunto de 22 diretrizes quanto à prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde (APS) dentre elas a Diretriz para a Prática Clínica na

Atenção Primária à Saúde: Recomendações para Higiene Bucal na Infância. Que foi aberta para para consulta pública dos dias 14/2 a 6/3 de 2022.

Documento preliminar a ser avaliado:

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220214\\_I\\_GODECGuia-Recomadacaoparahigienebucalnainfancia-FINALCONSULTAPUBLICAcompressed\\_8346064593484712885.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220214_I_GODECGuia-Recomadacaoparahigienebucalnainfancia-FINALCONSULTAPUBLICAcompressed_8346064593484712885.pdf)

Com base nas afirmativas removidas desse documento, responda sua opinião dentro das alternativas frente a elas.

**1. Não deve se limpar a cavidade bucal dos bebês sem dentes para prevenir cárie dentária no futuro.**

- Concordo plenamente.
- Concordo parcialmente.
- Não concordo nem discordo.
- Discordo parcialmente.
- Discordo plenamente.

**2. Deve-se usar dentifrício fluoretado, com mínimo de 1000ppm F, a partir do nascimento do primeiro dente para prevenir cárie dentária em crianças.**

- Concordo plenamente.
- Concordo parcialmente.
- Não concordo nem discordo.
- Discordo parcialmente.
- Discordo plenamente.

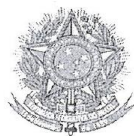
**3. Deve-se realizar escovação com dentifrício fluoretado no mínimo 2x/dia para prevenir e controlar a cárie dentária em crianças.**

- Concordo plenamente.
- Concordo parcialmente.
- Não concordo nem discordo.
- Discordo parcialmente.
- Discordo plenamente.

**4. Deve-se usar o fio dental para prevenir cárie proximal em crianças.**

- Concordo plenamente.
- Concordo parcialmente.
- Não concordo nem discordo.
- Discordo parcialmente.
- Discordo plenamente.

## APÊNDICE C – Termo de anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso do Sul



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

Encaminhamos em anexo o projeto de pesquisa intitulada "Implementação de guias de prática clínica para manejo da cárie dentária, programas coletivos e uso de Fluoretos na atenção primária à saúde", que tem por geral avaliar o manejo de cárie dentária, programas de saúde bucal coletivos e indicações no uso de Fluoretos por cirurgiões dentistas e as percepções quanto à implementação de Guias de Prática Clínica (GPC) na Atenção Primária à Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

Para a realização da pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências das Unidades de saúde e locais de trabalho do gestor estadual de saúde bucal e do coordenador Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul para obtenção dos dados qualitativos e quantitativos necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, o projeto de pesquisa na íntegra, além de nos comprometermos ao final da pesquisa, em preencher o formulário no FormSUS de finalização das pesquisas com os principais resultados encontrados e a contribuição do presente estudo para o Sistema Único de Saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

19/07/2021

(Rafael Aiello Bomfim – Coordenador da pesquisa)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORAVEL

NÃO FAVORAVEL

Considerações: \_\_\_\_\_

Mariana Regina da Cunha  
Coordenadora de Pesquisa, Extensão e  
Inovação em Saúde/ESP/SES  
Matrícula: 480921021

22/07/2021

(incluir nome e carimbo do técnico da ESP/MS)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações: \_\_\_\_\_

21/07/2021

(incluir nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa do SES/MS)

## APÊNDICE D – Anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso do Sul

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



### ANUÊNCIA DE PESQUISA

O Senhor Secretário Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, Dr. Geraldo Resende Pereira, CPF: 128.969.181-91, autoriza a pesquisa “Implementação de Guias de Prática Clínica para manejo da cárie dentária na Atenção Primária à Saúde Bucal”, a ser realizada por Hazelelponi Querã Naumann Cerqueira Leite, aluna do programa de pós-graduação, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sendo orientada nesta pesquisa pelo Professor Doutor Rafael Aiello Bomfim.

O objetivo do estudo é avaliar o manejo de cárie dentária por cirurgiões dentistas e as percepções quanto à implementação de Guias de Prática Clínica (GPC) na Atenção Primária à Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul. Para isto, está autorizado o acesso às dependências das Unidades de saúde e locais de trabalho do gestor estadual de saúde bucal, e acesso as demais informações necessárias para a realização do estudo.

A SES/MS, por meio da Gerência Estadual de Saúde Bucal está de acordo com o projeto, e solicita ser informada quando da interrupção da pesquisa, e que os resultados sejam relatados no fluxo na Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Solicita ainda que a Gerência Estadual de Saúde Bucal seja mencionada como apoiadora do estudo, em divulgações de eventos científicos.

Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 26 de Julho de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
**Geraldo Resende Pereira**  
Secretário Estadual de Saúde

Geraldo Resende Pereira  
Secretário de Estado de Saúde/SES/MS  
Matrícula: 7233029