



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Letícia Yuri Ueda

Orientador(a): Fábio Luiz Mialhe

TCC 369

Ano de Conclusão do Curso: 2007


Assinatura do(a) Orientador(a)

Leticia Yuri Ueda

**“ Diversidade dos processos diagnósticos e decisões de
tratamento entre acadêmicos da FOP/Unicamp “**

Monografia apresentada ao Curso de
Odontologia da Faculdade de Odontologia
de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção
do diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe



Piracicaba
-2007-

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
C. E. D. A
Vol. Ex.
Tombo BC/

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

Ue2d Ueda, Leticia Yuri.
Diversidade dos processos diagnósticos e decisões de tratamento entre acadêmicos da FOP/Unicamp. / Leticia Yuri Ueda. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007.
22f. : il.

Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Diagnóstico clínico. 2. Cárie dentária. I. Mialhe, Fábio Luiz. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Thomaz e Leonor, pelo amor incondicional, carinho e dedicação durante toda minha vida, e pela orientação e apoio em todas as minhas escolhas.

Agradecimentos

À Deus, por mostrar sempre através dos acontecimentos sua presença, fazendo-me crer que tudo ocorre no seu exato momento, e que nada é por acaso.

Ao Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe pela orientação, incentivo e apoio durante a realização dos trabalhos acadêmicos.

Ao Prof. Dr. Miguel Morano Junior pelo carinho, ensinamentos e contribuição à minha formação acadêmica.

Aos que contribuíram para que esses quatro anos fossem inesquecíveis, Heloísa, Ane, George, Priscila, Adriana, Nathalie, e todos os amigos que fiz e mantive nessa longa jornada.

Sumário

	p.
1 – Introdução	07
2 – Revisão de Literatura	10
3 – Materiais e Métodos	14
4 – Resultados e Discussão	15
5 – Conclusão	18
6 – Referências Bibliográficas	19
7 – Anexo	21

Listas de Tabelas

p.

Tabela 1: Detecção de lesão cariiosa pelos acadêmicos nos dentes do estudo. 16

Tabela 2: Modalidades de tratamento recomendadas pelos acadêmicos. 16

Listas de Palavras e Abreviaturas em Latim

et al. = e outros (abreviatura de "et alii")

CD = Cirurgião Dentista

Introdução

A cárie é uma doença multifatorial, que pode ocorrer em qualquer superfície dentária onde o biofilme bacteriano possa se desenvolver ou manter-se estável por um determinado período. A presença de um biofilme dental não resulta necessariamente no desenvolvimento de uma lesão cariosa, porém é um fator essencial para a sua ocorrência.

Pesquisas têm mostrado que nos últimos anos houve um declínio na prevalência de cárie na população em geral, devido ao uso difundido dos fluoretos, especialmente dos cremes dentais fluoretados.

Muitos estudos mostram que a maior prevalência de cárie ocorre nas superfícies oclusais, devido à sua morfologia e estruturas irregulares das fóssulas e fissuras. Devido às alterações clínicas das lesões de cárie, o diagnóstico da mesma tem se tornado muito complexo (FELDENS, 1998).

O correto diagnóstico da cárie é importante para formar base para decisão de tratamento, para permitir ao profissional aconselhar e informar ao paciente, e em níveis populacionais o diagnóstico oferece dados importante para os planejadores dos serviços de saúde. Diagnóstico não significa a mesma coisa que decisão de tratamento, mas deve precedê-lo. Sendo assim fica mais fácil compreender a razão de diferentes CDs alcançarem diferentes diagnósticos e

produzirem diferentes planos de tratamento para um mesmo paciente. Uma outra razão para a existência de variações nas decisões clínicas pode ser o fato de que os conceitos de saúde e doença são não estáticos, e refletem as rotinas e os procedimentos correntemente utilizados na prática clínica.

Todas as decisões clínicas referentes ao diagnóstico e tratamento das cáries dentárias são realizadas na presença de incertezas. Isso mostra que os profissionais necessitam de informações acuradas, generalizadas e atualizadas sobre os efeitos de cada alternativa diagnóstica e terapêutica. Isso os capacita a ajudar seus pacientes em relação à escolha do tipo de tratamento, estabelecendo expectativas razoáveis em relação a este (BADER e ISMAIL, 1999).

Muitos profissionais acreditam que já praticam ou sempre praticaram uma Odontologia baseada em evidências, entretanto observa-se uma notável variação entre os profissionais em relação às suas decisões clínicas para os mesmos pacientes (BADER e SHUGARS, 1995). Esse fato revela que a Odontologia baseada em evidências é comum. Porém a Odontologia baseada em evidência mostra a necessidade de se reduzir a grande variação entre os profissionais. Segundo alguns estudos, estas variações iniciam-se anteriormente ao processo de ensino-aprendizagem, ou seja, o próprio corpo docente de várias instituições não apresenta uma concordância favorável relativa a consistência de seus julgamentos clínicos, podendo gerar variações nas modalidades de tratamento posteriormente prescritas pelos alunos.

Estudos atestam que os cirurgiões-dentistas tendem a manter durante sua vida clínica, os mesmos padrões de tomadas de decisões que praticavam durante seus programas de graduação, evidenciando a importância do processo de

formação do aluno na caracterização do futuro profissional (OLIVEIRA et al., 1999). Toma-se portanto, uma tarefa árdua fazer com que o estudante aprenda a examinar, diagnosticar, planejar atitudes e elaborar planos de tratamento (POI et al., 2003).

Baseando-se na importância do diagnóstico e planejamento odontológico, e na possibilidade de variação dos mesmos, realizou-se este trabalho para avaliar o nível de concordância dos alunos do oitavo semestre da FOP/UNICAMP no ano de 2007.

Revisão de Literatura

Espelid et al. (1994) relataram variações na detecção de lesões cariosas oclusais em dentina num grupo de 10 dentistas. Foram utilizados 84 dentes extraídos, tendo a maioria lesão oclusal, e todos os dentes foram radiografados. Em média 12% das superfícies híidas foram incorretamente diagnosticadas radiograficamente como apresentando lesões cariosas (diagnóstico falso-positivo). Apenas 33% das lesões em esmalte e 62% das pequenas lesões em dentina foram identificadas nas radiografias, enquanto 100% das lesões extensas em dentina foram diagnosticadas radiograficamente. Conclui-se que o maior problema do diagnóstico radiográfico das lesões oclusais se encontra na tendência, por parte dos examinadores, de realizarem diagnóstico falso-positivo.

Lussi (1991) demonstrou numa pesquisa com 34 CDs que a porcentagem de dentes corretamente diagnosticados com fissuras possivelmente cariadas foi de 42%. Devido a possibilidade inerente de que estas decisões corretas fossem produzidas devido ao acaso a estatística kappa foi aplicada. A partir dessa análise observou-se que a eficiência diagnóstica entre os examinadores foi de apenas 23%. A sensibilidade dos Cds foi 62%, e a especificidade foi 84%, indicando que os Cds tiveram uma maior probabilidade de não tratar os dentes cariados do que restaurar os dentes híidos.

Mileman et al. (1992) relataram que os erros mais prováveis de CDs no diagnóstico de cárie, a partir de radiografias interproximais são: tratamento da estrutura dentária higida devido à percepção de cárie dentária, sem evidente verificação visual da lesão cariosa em esmalte; subestimação da profundidade das lesões superficiais em dentina; sobrestimação da profundidade das lesões em esmalte; e uso de critérios de tratamento muito superficiais.

Kay e Nuttall (1994) fizeram uma análise da relação entre os planos de tratamento dos CDs e os procedimentos de tomada de decisão relativos aos tratamentos dentários restauradores. Foi solicitado a um grupo de 20 CDs que analisassem 15 radiografias interproximais simuladas, e indicassem quais dentes necessitavam de restaurações. Os níveis de certeza para cada decisão de tratamento era “definitivo”, “provável” ou “possível”. Foi aplicado também um questionário sobre o ponto de vista de cada CD, a fim de documentar seu ponto de vista em relação à importância que eles atribuíam às decisões de tratamento falso-positivo e falso-negativo. Os resultados obtidos mostram que o tratamento mais apropriado seria o ponto no qual uma restauração seria “definitivamente” necessária.

Bader e Shugars (1995) sugerem que as variações das decisões clínicas dos planos de tratamento entre os CDs, geralmente não é considerada um problema, pois a Odontologia ainda tem muita influência do passado onde “talento artístico” (perfeição técnica) do CD é enfatizado. Além disso, os custos dos diferentes tipos de planejamentos variam consideravelmente, fazendo com que os CD aceitem a filosofia de que planos de tratamentos alternativos, com diferentes níveis de eficiência são eticamente aceitáveis.

Nyvad et al.(2003) verificaram que a avaliação da atividade de cárie apresenta uma validade preditiva, ou seja, lesões não-cavidades apresentam um risco consideravelmente menor de progredir para uma lesão cavitada do que uma lesão não-cavitada inativa, efeito este verificado de forma mais pronunciada em indivíduos que não estavam regularmente expostos aos fluoretos.

Para Baelum & Fejerskov (2003), os tratamentos invasivos devem ser reservados somente para casos onde as intervenções preventivas não sejam aplicáveis, pois qualquer restauração apresenta um período de duração, exigindo-se substituições periódicas por novas restaurações, as quais serão inevitavelmente maiores.

Silva e Domingues (1995) examinaram a concordância em relação ao diagnóstico clínico de cárie oclusal em 51 dentes extraídos, entre um grupo de examinadores formados por alunos do último ano da faculdade de odontologia da UFRGS, com posterior relacionamento dos achados com o exame radiográfico bitewing e microscópico. Os resultados da etapa clínica demonstraram uma grande variação entre o grupo de examinadores.

Davies et al. , num estudo de educação continuada em odontologia, perguntaram a 4 especialistas e 27 dentistas, clínicos gerais, para selecionar entre 58 decisões clínicas relacionadas a cárie em fissuras de seis pacientes simulados denominados de “desafios” e encontraram um alto nível de concordância entre os dois grupos de dentistas.

Mota et al. (2001) objetivando avaliar o diagnóstico e tratamento adotado pelos cirurgiões-dentistas de João Pessoa/PB para lesões de cárie oclusal incipientes verificaram a necessidade de atualização profissional com relação ao

método de diagnóstico de cárie, bem como, do tratamento da lesão de cárie inicial a fim de contribuir na redução do sobretratamento e evitar as negligências profissionais.

Moreira et al. (2004) verificaram as diferenças diagnósticas feitas por um grupo de cinco profissionais, utilizando-se espelho bucal, sonda exploradora de ponta romba e iluminação artificial. O exame intraexaminador foi realizado em um paciente do sexo feminino, de 37 anos, e o exame interexaminador em quatro pacientes. Para avaliar a concordância entre os examinadores foi utilizado o índice de concordância de Kappa. Os resultados encontrados foram de 0,63 para a concordância interexaminador e de 0,71 para a concordância intraexaminador. Os autores concluíram que a concordância foi boa para ambos os grupos.

Silva et al. (2007) avaliaram as tomadas de decisões clínicas de 23 acadêmicos de um curso de odontologia, a partir do exame de 20 superfícies oclusais de dentes naturais montados em um manequim odontológico. A concordância interexaminador foi regular para a detecção da presença ($k=0,53$), para a determinação da atividade de cárie ($k=0,41$) e para o tipo de tratamento recomendado ($k=0,41$) e foi sofrível para a determinação da realização de algum tratamento nos dentes ($k=0,39$). Evidenciou-se portanto, a variabilidade das tomadas de decisões pelos acadêmicos.

Material e Métodos

Vinte dentes posteriores permanentes sem cavitações aparentes foram montados em um manequim odontológico e radiografados pela técnica interproximal. O mesmo permanecia em solução salina timolizada quando não estavam sendo examinado, a fim de manter os dentes hidratados.

Oitenta estudantes (95,23%) do último período (8º semestre) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP no ano de 2007 avaliaram as superfícies oclusais, por meio de exame clínico-radiográfico, realizando a detecção de cárie e sugerindo um plano de tratamento para cada uma delas. Os estudantes, sem treinamento e/ou calibração prévios, selecionados aleatoriamente, examinaram as superfícies oclusais dos dentes em questão por meio de exame clínico visual com iluminação artificial, associado ao exame radiográfico bitewing. Não era permitida a utilização da sonda exploradora, a fim de não danificar superfícies previamente desmineralizadas pelo processo cariioso, causando assim, diferenças nas condições de exame de um examinador para outro.

No momento do exame, o manequim era posicionado numa cadeira odontológica dentro da clínica de graduação e o processo de detecção e planejamento de tratamento para as superfícies oclusais em questão deveria se basear na condição bucal de um indivíduo de 20 anos de idade, com boa higiene bucal e que procurou o consultório odontológico para uma consulta de rotina.

Os examinadores deveriam responder: 1) se havia alguma lesão de cárie na superfície avaliada e quantificar sua extensão (esmalte ou dentina); 2)

caso presente, se a lesão estava ativa ou inativa; 3) sugerir um plano de tratamento.

Os dados foram anotados por dois examinadores, que registraram as condições observadas em ficha para registro específica para o estudo ao qual abordava questões relativas à presença e atividade da lesão e prescrição de tratamento adequado (preventivo ou curativo) para as lesões cariosas detectadas. As modalidades de tratamento “acompanhamento (Ac)”, “aplicação tópica de flúor gel (ATF)”, “verniz fluoretado (VF)”, “selante resinoso (SR)” e “selante ionomérico (SI)” foram agrupadas na categoria “procedimentos preventivos”. As modalidades de tratamento “selante invasivo (SINV)”, “restauração em amálgama (RAMAL)”, “restauração em resina composta fotopolimerizável (RRES)”, “restauração em cimento de ionômero de vidro (RI)”, “restauração preventiva (RP)” e “outros materiais (ouro, porcelana, etc.)” foram agrupadas na categoria “procedimentos curativos”.

Resultados e Discussão

Os resultados finais foram apresentados com os dados obtidos dos 80 estudantes que se expressam nas tabelas a seguir:

Tabela 1. Detecção de lesão cariosa pelos acadêmicos nos dentes do estudo.

Dente	Detecção de lesão cariosa								
	Com cárie		Sem cárie		Dente	Com cárie		Sem cárie	
	N	%	N	%		N	%	N	%
18	70	87,5	10	12,5	38	10	12,5	70	87,5
17	10	12,5	70	87,5	37	40	50,0	40	50,0
16	80	100	0	0	36	60	75,0	20	25,0
15	30	37,5	50	62,5	35	80	100,0	0	0
14	60	75,0	20	25,0	34	40	50,0	40	50,0
24	60	75,0	20	25,0	44	70	87,5	10	12,5
25	30	37,5	50	62,5	45	50	62,5	30	37,5
26	80	100,0	0	0	46	70	87,5	10	12,5
27	70	87,5	10	12,5	47	80	100,0	0	0
28	70	87,5	10	12,5	48	30	37,5	50	62,5

Observa-se que apresentaram variação na detecção de cárie dentária nula os dentes 16, 26, 35 e 47, o que representa 20% das superfícies dentais analisadas.

Tabela 2. Modalidades de tratamento recomendadas pelos acadêmicos.

Dente	Modalidades de tratamento												
	Nenhum		Preventivo		Curativo		Dente	Nenhum		Preventivo		Curativo	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
18	10	12,5	10	12,5	60	75,0	38	50	62,5	20	25,0	10	12,5
17	50	62,5	10	12,5	20	25,0	37	30	37,5	30	37,5	20	25,0
16	0	0	0	0	80	100,0	36	10	12,5	50	62,5	20	25,0
15	40	50,0	40	50,0	0	0	35	0	0	0	0	80	100,0
14	20	25,0	50	62,5	10	12,5	34	40	50,0	10	12,5	30	37,5
24	10	12,5	40	50,0	30	37,5	44	10	12,5	0	0	70	87,5
25	80	100,0	0	0	0	0	45	30	37,5	30	37,5	20	25,0
26	0	0	0	0	80	100,0	46	10	12,5	0	0	70	87,5
27	10	12,5	0	0	70	87,5	47	0	0	0	0	80	100,0
28	20	25,0	20	25,0	40	50,0	48	40	50,0	10	12,5	30	37,5

Houve uma maior escolha por um tratamento curativo, seguido por realizar tratamento nenhum e tratamento preventivo, o que indica que os examinadores da pesquisa não estão voltados para uma filosofia de prevenção.

Vários trabalhos mostram a dificuldade de reprodução de diagnóstico em um grupo de examinadores. Isso implica nas decisões de tratamento, muitas vezes irreversíveis. Segundo o estudo de Wayne (1999), os profissionais deveriam ser mais bem treinados para realizar esse tipo de avaliação.

Para Baelum & Fejerskov (2003), os tratamentos invasivos devem ser reservados somente para casos onde as intervenções preventivas não sejam aplicáveis, pois qualquer restauração apresenta um período de duração, exigindo-se substituições periódicas por novas restaurações, as quais serão inevitavelmente maiores, contribuindo-se assim, para diminuição da expectativa de vida do dente.

Segundo alguns estudos, as variações de diagnóstico e plano de tratamento encontrados iniciam-se anteriormente ao processo de ensino-aprendizagem, ou seja, o próprio corpo docente de várias instituições não apresenta uma concordância favorável relativa a consistência de seus julgamentos clínicos, podendo gerar variações nas modalidades de tratamento posteriormente prescritas pelos alunos.

Desta forma, verifica-se que o papel de um corpo docente capacitado, coerente e coeso dentro desse processo é muito importante, pois, os tipos de tratamento planejados e inculcados nas atividades clínicas dos alunos durante sua formação parecem apresentar um grau de estabilidade durante o tempo, mantendo-se da mesma forma logo após sua graduação (Brennan e Spencer, 2006).

Para isso, segundo Silva et al. (2007), as escolas de odontologia devem desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem em cariologia, diagnóstico e

tratamento da doença cárie baseadas em evidências científicas consistentes e critérios muito bem estabelecidos para que os alunos possam manter certa uniformidade em suas tomadas de decisões, favorecendo o prognóstico de saúde bucal dos pacientes atendidos por eles durante e após a graduação.

Conclusão

Foi verificada uma ampla divergência quanto à detecção e plano de tratamento a ser realizado nas superfícies oclusais dos dentes examinados. Fica evidente, portanto, a necessidade de se implementar novas estratégias de metodologias de ensino e aprendizagem cariologia, diagnóstico e tratamento da cárie dental, e treinos e calibrações constantes dos graduandos, para que cada vez mais essas variações de conduta sejam minimizadas, favorecendo o prognóstico de saúde bucal dos durante e após sua graduação (Silva et al. 2007).

Ocorrendo uma maior integração de professores de diferentes disciplinas, a fim de manter uma troca de conhecimentos e tentar promover unanimidade entre eles beneficia os alunos (futuros profissionais) e ainda os pacientes (representantes da população).

Referências Bibliográficas

BADER JD. , ISMAIL AI. A primer on outcomes in dentistry. *J Publ Health Dent* 1999; 59:131-5.

BADER JD. , SHUGARS DA. Variatino in dentists clinical decisions. *J Publ Health Dent* 1995; 55:181-8.

BADER JD., SHUGARS DA. Descriptive models of restorative treatment decisions. *J Public Health Dent* 1998;58(3):210-9.

BAELUM, FEJERSKOV, O. Caries diagnosis: a mental resting place on the way to intervention? In: Fejerskov O, Kidd E (eds): *Dental caries: the disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003. p.101-110.

BRENNAN DS., SPENCER AJ. Longitudinal comparison of factors influencing choice of dental treatment by private general practitioners. *Aust Dent J* 2006; 51(2):117-123.

DAVIES JA. The relationship between changes of dentist and treatment received in the general dental service. *Br Dent J* 1984; 157: 322-324.

ESPELID, I., TVEIT, AB., FJELTVEIT, A. Variations among dentists in radiographic detection of occlusal caries. *Caries Res* 1994; 28:169-75.

FEJERSKOV, O., KIDD, E. Cárie Dentária-Adoença e seu tratamento clínico. P.101-10, 251-253. Ed. Santos,2005.

FELDENS, CA. Cárie Oclusal: diagnóstico, prevenção e tratamento. J.B.P, vol.1, n.4, 1998

KAY, EJ., NUTTALL, NM. Relationship between dentists' treatment attitudes and restorative decisions made on the basis of simulates bitewing radiographs. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:71-4.

LUSSI, A. Validaty of diagnostic and treatment decisions of fissure caries. *Caries Res* 1991;25:296-303.

MILEMAN, PA., MULDER, H., WEELE, L van der. Factors influencing the likelihood of successful decisions to treat dentin caries from bitewing radiographs. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20:175-80.

MOREIRA, FBC., BOUSQUET, LL., TINANO, MM., SANTOS, RM. Diagnóstico de Cárie- Uma avaliação de concordância entre cirurgiões dentistas recém-formados. Arquivo Brasileiro de Odontologia, p.68-76. 2004

MOTA LQ, LIMA MGGC, SANTOS RL, BOUDOUX KLP, FERNÁNDEZ AF. Diagnóstico de cárie oclusal incipiente. Levantamento realizado com cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa-PB. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA 2001; 22 (1):51-4.

NYVAD B. Diagnosis versus detection of caries. Caries Res 2004; 38(3): 192-98.
Oliveira MAF, Assunção IV, Sá GTC. Diagnóstico e tratamento da superfície oclusal: divergências entre examinadores. Rev ABO Nac 1999; 37(5): 279-284.

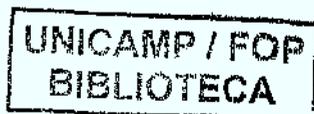
OLIVEIRA, MAF.; ASSUNÇÃO, IV.; SÁ, GTC. Diagnóstico e tratamento da superfície oclusal: divergências entre examinadores. Revista ABO Nacional, v. 37, n. 5, p. 279-84, Out./Nov. 1999.

POI, WR., MANFRIN, TM., ZINA, LG., PANZARINI, SR., PEDRINI, D., MORI, GG., RODRIGUES, TS. Diversidade dos Planos de Tratamento Propostos por Vários Cirurgiões-Dentistas Para um Mesmo Caso Clínico. Pesq. Brasileira Odontopediatria Clínica Integr, João Pessoa, v.5, n.2, p.111-118, maio/agosto. 2003.

SILVA BB., DOMINGUES MG. Cárie oclusal: análise da variação do diagnóstico clínico e de sua fidelidade radiográfica e macroscópica. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1995;36(2):24-5.]

SILVA, RP; FERREIRA, AC; MIALHE, FL; AMBROSANO GM. Variabilidade na detecção e tratamento da cárie dentária in vitro por acadêmicos: a importância do processo ensino-aprendizagem. UFES, Vitória, v.9, n.1, p.33-40, 2007.

WEYNE, SC. A construção do paradigma de promoção de saúde-um desafio para novas gerações. In:Kriger L. ABOPREV-Promoção de saúde bucal, 2ed. São Paulo:Artes Médicas;1999.



Anexo

FICHA DE COLETA DADOS CLÍNICOS NOS MANEQUINS

PARTICIPANTE _____

EXAME DIAGNÓSTICO NO MANEQUIM

- 1) O que você acha que esta superfície oclusal apresenta?
 - a) Lesão de cárie com mancha branca ativa/inativa (MBA/ MBI)
 - b) Lesão de cárie com mancha escurecida ativa/inativa (MMA/ MM)3
 - c) Microcavidade de cárie
 - d) Cavitação de cárie
- e) Apenas uma pigmentação exógena (PIG)
- 2) Em caso de lesão de cárie, você acha que está em que profundidade?
Esmalte (E), Dentina (D), Polpa (P)
- 3) Realizaria algum tipo de tratamento nesta superfície ? S) sim N) não
Qual tipo de tratamento?
 - a) Nada(NDA)
 - b) Acompanhamento (ACOMP)
 - c) Flúor gel (FGEL)
 - d) Verniz Fluoretado (VFLUOR)
 - e) Selante (SEL)
 - f) Selante invasivo (SEL INVAS)
 - g) Restauração em amálgama (REST AMAL)
 - h) Restauração em resina (REST RES)
 - i) Restauração com ionômero (REST ION)
 - j) Restauração preventiva (REST PREV)

18	17	16	15	14

24	25	26	27	28

48	47	46	45	44
				21

34	35	36	37	38