

**Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós- Graduação em Odontologia Integrada**

UHANA SEIFERT GUIMARÃES SUGA

**FATORES QUE CONDUZEM OU AFASTAM OS DENTISTAS NA REALIZAÇÃO
DE MEDIDAS PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À CÁRIE DENTÁRIA -
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO**

**MARINGÁ
2013**

UHANA SEIFERT GUIMARÃES SUGA

**FATORES QUE CONDUZEM OU AFASTAM OS DENTISTAS NA REALIZAÇÃO
DE MEDIDAS PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À CÁRIE DENTÁRIA -
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Raquel Sano SugaTerada**

**Co-orientadora:
Ms. Clarissa Garcia Rodrigues**

MARINGÁ
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

S947f Suga, Uhana Seifert Guimarães
Fatores que conduzem ou afastam os dentistas na
realização de medidas preventivas em relação à cárie
dentária - uma revisão sistemática e
metassumarização / Uhana Seifert Guimarães Suga. --
Maringá, 2013.
90 f. : il., tabs.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Raquel Sano Suga Terada.
Coorientadora: Prof.ª Ms. Clarissa Garcia
Rodrigues.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento
de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em
Odontologia Integrada, 2013.

1. Cáries dentárias - Prevenção - Revisão
sistemática. I. Terada, Raquel Sano Suga, orient.
II. Rodrigues, Clarissa Garcia, co-orient. III.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências
da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Integrada. IV. Título.

CDD 21.ed. 617.601

FOLHA DE APROVAÇÃO

Uhana Seifert Guimarães Suga

FATORES QUE CONDUZEM OU AFASTAM OS DENTISTAS NA REALIZAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À CÁRIE DENTÁRIA – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Dilmeire Sant'Anna Ramos Vosgerau

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Ricardo Pietrobon

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Raquel Sano Suga Terada (Orientadora)

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho
às minhas filhas Mariah e Pietra,
à minha mãe Bete,
ao meu marido Jean,
que são luzes no meu viver.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela oportunidade maravilhosa da vida! Obrigada por minha amada família, pela saúde e paz que carrego em meu coração.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Raquel Sano Suga Terada, pela paciência, sabedoria, amizade e carinho durante nossa jornada. Obrigada por cada palavra de incentivo e elogio, foram inúmeras, posso afirmar! Obrigada por mostrar-me quão prazerosos e magníficos são os caminhos da pesquisa e do saber. Obrigada por trazer-me ao chão, quando voava muito alto, sem foco. Mas acima de tudo, obrigada por ensinar-me a voar com minhas próprias asas pelos caminhos do conhecimento!

À minha co-orientadora, Clarissa Garcia Rodrigues, pessoa especialíssima, por quem tenho imensa admiração. De uma generosidade e conhecimento ímpares! Obrigada por todo o apoio, incentivo, direcionamento e amizade, durante a construção de nosso trabalho. Muito obrigada mesmo!

À Prof^a. Dr^a. Mitsue Fujimaki Hayacibara, por quem tenho profunda admiração e carinho. Não tenho palavras para agradecer todo seu incentivo, colaboração e afeto!

À Prof^a. Dr^a. Renata Corrêa Pascotto, pelo constante incentivo, apoio e carinho! Obrigada por partilhar conosco seu imenso conhecimento e amizade!

Ao Prof. Dr. Ricardo Pietrobon, por quem tenho imensa admiração e respeito. Competência e conhecimento inigualáveis, gentilmente compartilhados. Obrigada por expandir nossos horizontes da pesquisa e do saber!

À Adelia e Elias, pessoas fantásticas que entraram em minha vida. Obrigada por caminharem ao meu lado por caminhos difíceis! Obrigada por compartilharem generosamente seus conhecimentos, sua sabedoria, mas acima de tudo, sua amizade. Obrigada por tudo!

À Prof^a. Dr^a. Dilmeire Sant'Anna Ramos Vosgerau que, sempre tão solícitamente, compartilhou seus conhecimentos.

Ao Research On Research Group, pelo inestimável apoio durante a elaboração desta revisão.

À amiga Adriana Lemos Mori Ubaldini do Amaral, companheira das madrugadas dedicadas à pesquisa! Obrigada, minha amiga, por todo seu apoio, carinho e amizade.

Aos colegas de mestrado, Adriana, Carina, Ermelinda, Heldo, Hélio, João Paulo, Julyano, Luciene e Thiago, por compartilharem seus conhecimentos e amizade.

Aos professores do Mestrado em odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, pela permanente contribuição.

Ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, pela possibilidade de realização deste projeto.

Às secretárias do Mestrado em Odontologia Integrada, Sônia Maria Borean Borghi e do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá, Anna Maria Massaneiro, pela presteza e carinho de sempre.

Aos bibliotecários Edson Reis e Doracy Rossini, pelo eficiente trabalho na comutação, não medindo esforços para a obtenção dos artigos, tão fundamentais neste trabalho. Obrigada Dora, por todo carinho com que sempre atendeu-me.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelas bolsas de estudos concedidas.

À minha mãe, Bete. Poderia escrever parágrafos e mais parágrafos, e ainda assim, não conseguiria agradecer o irrestrito apoio, acolhimento e amor! De uma vida toda, mas em especial nesta jornada do mestrado. Obrigada, mãe! Eu te amo!

Às minhas filhas Mariah e Pietra, por terem dado-me a oportunidade de ser Mãe. Dado-me a oportunidade de vivenciar o mais absolutamente indescritível amor. Obrigada, minhas pequenas, por cada sorriso, por cada olhar, que enchendo meu coração de alegria e felicidade, fizeram-me chegar até aqui! Amo vocês!

Ao meu amado marido, Jean. Obrigada por apoiar-me, no maior e mais amplo sentido que esta palavra possa ter. Obrigada por levar-me para longe, nos momentos em que tudo parecia tão pesado. Obrigada por estar ao meu lado nesta

maravilhosa caminhada, que é a nossa vida. Compartilhando comigo dificuldades e alegrias, mas acima de tudo, trilhando uma história de muito amor. Eu te amo!

*“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na
intensidade com que acontecem.*

*Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis.”*

Fernando Sabino

RESUMO

OBJETIVO: Conduzir uma revisão sistemática da literatura qualitativa e pesquisas de opinião sobre os fatores que conduzem ou afastam os dentistas da realização de medidas de prevenção da cárie dentária. **MÉTODOS:** As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: BBO, Cochrane Library, EMBASE, Lilacs, MEDLINE, Scopus, Web of Science e York. Foi realizada busca manual nas referências dos textos completos recuperados e nas citações do Google Acadêmico para os mesmos artigos. Dois revisores avaliaram, independentemente, os títulos e resumos, e posteriormente os textos completos dos estudos incluídos para a determinação da elegibilidade de cada estudo, avaliaram a qualidade dos estudos e extraíram dados. As discordâncias foram resolvidas através de consenso, cabendo a um terceiro revisor a decisão final, caso a discordância persistisse. Foi realizada uma análise descritiva dos estudos incluídos, e foram criados temas de análise, agrupamento dos achados relevantes, a partir dos quais foi calculada a frequência do tamanho de efeito (FTE) dos temas e intensidade do tamanho de efeito (ITE) dos estudos. **RESULTADOS:** Das 18.276 referências recuperadas, foram incluídos 7 estudos qualitativos e 41 pesquisas de opinião (36.632 participantes). Os principais temas identificados foram: biologicismo (FTE=27%), baixa remuneração aos procedimentos preventivos (FTE=25%), profissionais formados há mais tempo (FTE= 22%), profissional do gênero masculino (FTE=19%), falta de consciência dos pacientes quanto à importância da prevenção (FTE=17%), dificuldade no atendimento de crianças pequenas (FTE=12%), trabalho em equipe (FTE=21%), desenvolvimento profissional (pós-graduação) (FTE=12%), consciência preventiva do profissional (FTE=10%) e motivação dos pais (FTE= 4%). Os estudos variaram em relação à qualidade metodológica. **CONCLUSÃO:** Esta revisão sistemática identificou os seguintes temas, como principais fatores que restringir a realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental: biologicismo, baixa remuneração aos procedimentos preventivos, profissionais formados há mais tempo, profissionais do gênero masculino, falta de consciência dos pacientes quanto à importância da prevenção e dificuldade no atendimento de crianças pequenas. Quanto aos fatores que conduziram: trabalho em equipe, aperfeiçoamento profissional (pós-graduação), consciência preventiva do profissional, educação preventiva e a motivação dos pais.

Palavras-chave: Dentistas, cárie dentária, prevenção, revisão sistemática, metassumariação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To perform a systematic review of qualitative studies and surveys on the factors that drive dentists toward and away from preventive measures in relation to dental caries. **METHODS:** The following electronic databases were searched: BBO, Cochrane Library, EMBASE, Lilacs, MEDLINE, Scopus, Web of Science and York. We manually searched the references of full texts, as well as we retrieved and evaluated their citations using Google Scholar. Two reviewers independently evaluated titles and abstracts, and then full-texts manuscripts to determine study eligibility, assessed quality of the included studies and extracted data. Disagreements were resolved by consensus, and a third reviewer's opinion was sought if the disagreement persisted. Descriptive analysis of the included articles was conducted, and we bred themes of analysis, grouping the relevant findings, from which was calculated the frequency effect size (FES) and intensity effect size (IES) of studies. **RESULTS:** Of the 18.276 studies retrieved, 7 qualitative studies and 41 surveys were included (36.632 participants). The main themes identified were: biologicism (FES=27%), low pay for preventive procedures (FES=25%), trained professionals for more time (FES=22%), professional male (FES=19%), lack of awareness of patients the importance of prevention (FES = 17%), difficulty in treatment of small children (FES=12%), teamwork (FES=21%), professional development (graduate) (FES=12%), awareness of preventive work, preventive education (FES=10%) and motivation of parents (FES=4%). Studies varied in relation to methodological quality. **CONCLUSION:** The major factors identified that drive dentists away from performing preventive measures related to dental caries: biologicism, low pay for preventive procedures, trained professionals for more time, professional male, lack of awareness of patients the importance of prevention and difficulty in treatment of small children. Regarding the factors that drive toward prevention, we identified: teamwork, professional development (graduate), awareness of preventive work, preventive education and motivation of parents.

Keywords: Dentists, dental caries, prevention, systematic review, metasummary.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos Estudos - Estudos Qualitativos.....	38
Tabela 2	Características dos Estudos - Pesquisas de opinião.....	38
Tabela 3	Fatores que afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental.....	42
Tabela 4	Fatores que direcionam os dentistas para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental.....	44
Tabela 5	Fatores que os dentistas acreditam afastar os pacientes da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental.....	46
Tabela 6	Fatores que os dentistas acreditam direcionar os pacientes para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental.....	46
Tabela 7	Intensidade de tamanho de efeito em relação à todos os temas e temas com tamanho de efeito >25%.....	47

SUMÁRIO

1. REFERENCIAIS TEÓRICOS	14
1.1 Cárie dentária	14
1.2 Prevenção e promoção de saúde	16
1.3 Formação Acadêmica	18
1.4) Revisões sistemáticas	20
1.5) Práticas baseadas em evidências	21
REFERÊNCIAS	23
2. OBJETIVO	27
3. ARTIGO	29
3.1. Introdução e Objetivo.....	30
3.2. Metodologia	31
3.2.1) Protocolo e Registro	31
3.2.2) Critérios de Elegibilidade	31
3.2.3) Fontes de Informação	32
3.2.4) Estratégia de busca	32
3.2.5) Seleção dos estudos	32
3.2.6) Avaliação de qualidade dos estudos	33
3.2.7) Extração dos dados	34
3.2.8) Análise dos dados	34
3.3 Resultados	35
3.3.1) Seleção dos estudos	35
3.3.2) Características dos Estudos	37

3.3.3) Avaliação da qualidade dos estudos	40
3.3.4) Síntese dos Resultados	40
3.3.4.1) Frequência do tamanho de efeito	40
3.3.4.2) Intensidade do tamanho de efeito	47
3.4 Discussão	49
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	60

1. REFERENCIAIS TEÓRICOS

1.1 Cárie Dentária

Várias teorias foram formuladas em relação à etiologia da cárie dentária. A teoria químico-parasitária ou da placa inespecífica, proposta por Miller¹, admitia que todas as espécies bacterianas localizadas nas superfícies dentárias seriam capazes de contribuir para o ataque ácido sobre as superfícies do esmalte. Como estas bactérias faziam parte da microbiota dos dentes e, portanto, seriam encontradas em todos os indivíduos, não haveria necessidade de se aplicar algum recurso de diagnóstico bacteriológico que pudesse identificar os pacientes de acordo com risco. Sendo assim, não seria necessária a utilização de qualquer critério de seleção para o tratamento, já que a bactéria encontrada em paciente com quadro de cárie aguda seria similar àquela encontrada em paciente sem lesão de cárie. A principal diferença entre saúde e doença seria a magnitude dos depósitos de placa.

O conceito proposto por Keys², que esteve em voga entre os anos 70 e 80, tomou emprestado da parasitologia termos tais como hospedeiro, agente infectante, meio ambiente, tem largo emprego e aceitação ainda nos dias de hoje. Keys² correlaciona - numa tríade - dentes, sacarose e microrganismos. Na confluência dos fatores, haveria produção de cárie; contrariamente, removendo-se um dos fatores, não haveria a produção.

Para Newbrum³, a cárie dentária seria o resultado de um processo crônico, que aparece algum tempo da presença e da interação destes fatores apontados por Keys², mas julga conveniente incluir o tempo como outro fator etiológico para o desenvolvimento da doença.

Weyne⁴ explica a dinâmica do processo de desenvolvimento da lesão de cárie por meio do processo de desmineralização e remineralização. O primeiro ocorre depois da ingestão de carboidratos quando há produção de ácidos por determinadas bactérias do meio bucal, e conseqüentemente atinge-se, na cavidade bucal, um pH menor do que 5,5, levando a dissolução do esmalte. O segundo ocorre quando o pH atinge o valor normal, ou seja maior que 5,5, momento em que o esmalte ganha cálcio e fosfato do meio bucal, no sentido de repor o que foi perdido anteriormente. A cárie dentária, seria portanto, conseqüência dos fatores de desmineralização e remineralização.

Esta concepção estritamente biológica da doença cárie, embora ainda presente na atualidade, seja no ensino, na pesquisa ou na clínica, não leva em consideração a inserção social do indivíduo, e como as questões socioeconômicas e ambientais influenciam sua saúde⁵.

Atualmente, em oposição à visão biologicista da cárie dentária, está a concepção de “determinação social” da doença, levando em consideração as condições sociais em que os indivíduos estão inseridos. Os determinantes sociais de saúde são compreendidos como as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham, ou seja, como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que irão influenciar no desencadeamento dos problemas de saúde e nos fatores de risco populacional⁶.

Dahlgren e Whitehead⁷ desenvolveram um modelo em que os determinantes sociais apresentaram-se em camadas. As mais próximas do indivíduo (fatores proximais) relacionam-se aos fatores individuais, de estilo de vida. As camadas mais distais (fatores distais) representam as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, como por exemplo: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Assim, a condição de saúde bucal da população, seria resultante da relação entre fatores distais socioambientais e características dos serviços de saúde bucal disponíveis. Em adição à utilização de serviços de saúde bucal, estariam os fatores proximais, como comportamentos de risco modificáveis, tais como práticas de higiene bucal, hábitos alimentares, tabagismo, uso de álcool, estresse e trauma⁸.

Nas últimas décadas, várias pesquisas mostraram que a cárie dentária está ligada à fatores sociais e comportamentais^{8,9}. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento abrangente, que descreveu e analisou o estado de saúde bucal de crianças e adultos em diversos países. Apesar de se tratar de uma análise secundária, importantes informações sobre os determinantes sócio-comportamentais de doenças bucais, como informações sobre as condições de vida, comportamento relacionado à saúde bucal e qualidade de vida também foi recolhida. O estudo teve abrangência internacional e analisou situação da saúde bucal em países com diferentes sistemas de saúde bucal, sistemas privados e sistemas públicos de saúde. Em todos os países, a existência de um gradiente social na prevalência de cárie dentária foi encontrado, medido pela associação dos

indicadores de cárie dentária e condições socioeconômicas. Assim como na área de saúde em geral, a inequidade social em saúde bucal pareceu ser universal, mesmo em países com uma longa tradição de promoção de saúde bucal⁸.

Em 2010, a OMS publicou outro relatório importante “Equidade, Determinantes Sociais e Programas de Saúde Pública”¹⁰. A saúde bucal também foi sinalizada como um grave problema de saúde pública. As doenças bucais permanecem problemas globais e as inequidades crescentes entre os diferentes grupos sociais.

Segundo Petersen¹¹, para reduzir as desigualdades na área de saúde bucal é necessário para enfrentar os determinantes da saúde bucal, através da implementação de medidas eficazes e adequadas políticas de saúde, embora seja um grande desafio para a comunidade de pesquisa em saúde bucal, desenvolver intervenções baseadas em evidências para a promoção de melhorias sustentáveis à longo prazo em saúde bucal.

A partir desta abordagem, o Programa Global de Saúde Bucal da OMS¹² está atualmente envolvido com a análise de risco em vários países, como parte de sua iniciativa para reforçar a promoção da saúde bucal e prevenção de doenças e para a integração da saúde bucal nos programas nacionais de saúde.

1.2 Prevenção e promoção de saúde:

A cárie dentária durante muito tempo foi tratada apenas no sentido mais estrito da palavra (do latim destruição, decomposição) limitando-se o seu tratamento apenas à remoção do tecido cariado e obturação da cavidade decorrente¹³.

A descoberta que a cárie é uma doença infecciosa, causada por bactérias em hospedeiro susceptível, abriu as portas da odontologia para o começo de uma grande mudança de paradigma: necessidade de se ter uma filosofia preventiva permeando toda a atividade clínica, tanto em âmbito de consultório, nível individual, quanto na saúde pública, nível coletivo¹⁴.

Com a elaboração do relatório de Marc Lalonde¹⁵, realizado para governo canadense, foi lançado o conceito de promoção de saúde, influenciando a nova

perspectiva na compreensão que mudanças no estilo de vida e no ambiente como um todo seriam necessárias para melhorar a condição de vida das pessoas.

Estes preceitos foram reforçados pela Declaração de Alma Ata¹⁶, enfatizando a promoção de saúde e prevenção, em lugar de serviços clínicos e curativos, apoiando comunidades locais em ações voltadas a melhoria das condições de saúde.

Baseadas nos progressos das discussões alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, foi realizada em novembro de 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde¹⁷, em Ottawa, Canadá, que defendeu a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas é responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global. A Carta de Ottawa definiu cinco campos centrais de ação: a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

Além desses encontros citados, poderiam ser elencados: o Projeto Cidades Saudáveis (1987); a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988) em Adelaide - Austrália; a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1991) em Sundsvall - Suécia; a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina (1992) em Santafé - Bogotá; a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997) em Jacarta - Indonésia; a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde (1998) em Genebra - Suíça, a V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (2000) na Cidade do México - México; a III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (2002) - São Paulo; a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2005) - Bangkok e a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento (2007) - Buenos Aires.

No Brasil, a Saúde da Família¹⁸ foi a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica. Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes multiprofissionais habilitadas a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em 2006 o Ministério da Saúde, mediante a publicação da Portaria 399/2006, instituiu o Pacto pela Saúde 2006, formado pela subdivisão de três outros pactos, quais sejam o

Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto pela Vida. Como uma das prioridades e objetivos deste último, está a Promoção da Saúde.

O glossário da OMS¹⁹ descreve a educação para promoção da saúde como não limitada à divulgação de informação relacionada com a saúde, mas sim no sentido de "promover a motivação, habilidades e confiança necessárias para tomar medidas para melhorar a saúde", bem como "a comunicação de informações sobre as condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde". Um objetivo geral da educação em saúde, portanto, não é apenas para aumentar o conhecimento sobre o comportamento pessoal de saúde, mas também para desenvolver habilidades que "demonstram a viabilidade política e possibilidades de organização de várias formas de ação para enfrentar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde".

1.3 Formação Acadêmica - Odontologia

Embora existam movimentos nacionais e internacionais que apontam e evidenciam a importância da prevenção e promoção de saúde, percebe-se que para esta questão, ainda não é dada a mesma ênfase, na maioria dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil.

Segundo NARVAI (2004)²⁰, em entrevista ao Jornal da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) em maio de 2004, a formação em Odontologia ainda deixa muito a desejar em se tratando da saúde bucal coletiva, uma vez que a abordagem preventiva ainda é restrita à dimensão biológica e clínica da prevenção e os currículos ainda continuam fragmentados, com funcionamento isolado das disciplinas. O autor ainda diz ser preocupante ver que, os profissionais são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual e curativista.

Isto porque, segundo Weyne¹⁴, o currículo dos cursos de Odontologia sempre privilegiou o paradigma curativo, sendo essa a filosofia norteadora das universidades, cujo ensino não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população.

Essa falha na formação acadêmica já há muito havia sido detectada e atualmente tem se tentado supri-la através da (re)construção dos componentes curriculares das faculdades mais antigas e/ou da elaboração de componentes que privilegiam a relação ciências sociais e saúde, em se tratando de cursos²¹.

Em 1996, o Ministério da Educação aprovou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que estabeleceria as orientações para diretrizes curriculares nacionais. Posteriormente, em 2002 são aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, que propõem que o currículo das universidades deveria abranger objetivos, seleção de conteúdos, métodos e processos de avaliação coerentes com aspectos filosóficos, científicos, tecnológicos, sociológicos e políticos.

OLIVEIRA et al²² citam que, apesar deste direcionamento, no âmbito das graduações em saúde, observa-se que as disciplinas ligadas ao social relegaram-se a um plano secundário pelas conseqüências da influência flexneriana, que privilegiou o biologicismo, o tecnicismo, o individualismo, o mecanicismo e a formação voltada para a doença, em detrimento da saúde. Com isso, grande parte dos egressos das mais diferentes graduações na saúde ainda chega ao campo de trabalho sem ter claramente o conceito nem a forma de operacionalizar, na prática, a prevenção e promoção da saúde.

Existem trabalhos na literatura que têm como objetivo entender e descrever os problemas e dificuldades enfrentadas por dentistas na realização de medidas preventivas, como a educação em saúde bucal. Nettleton²³, encontrou entre outras dificuldades, problemas na comunicação e falha na formação dos profissionais nas questões relacionadas à prevenção.

Humphreys²⁴ também apontou dificuldades em comunicação entre pacientes e dentistas na educação em saúde bucal.

Já Tseveenjav et al²⁵, encontraram que a falta de material didático e falta de competência na área preventiva, como algumas das dificuldades apontadas por dentistas na Mongólia, na realização de educação em saúde bucal.

Por outro lado, Holloway; Clarkson²⁶ citam a satisfação pessoal do dentista, em realizar medidas preventivas, como um fator positivo.

Desta maneira, percebe-se que existem fatores que tanto afastam os dentistas da realização de medidas preventivas, como também os conduzem. Analisá-los de uma forma organizada e crítica, contribuirá de forma significativa para

que evidências possam ser apontadas e a partir daí, mudanças nas práticas possam ser sugeridas.

1.4) Revisões Sistemáticas

Nas últimas décadas tem havido crescimento expressivo da produção científica brasileira e mundial. Atualmente, a base de dados PubMed é composta por mais de 22 milhões de citações para a literatura biomédica. Estima-se que a produção científica mundial nesta área esteja entre quatro e cinco milhões de artigos por ano, o que significa ser absolutamente impossível um acompanhamento sobre o que se faz e escreve nessa área do conhecimento²⁷.

Desta maneira, para que haja aproveitamento destas informações produzidas na prática clínica, é imprescindível que estas sejam transformadas em conhecimento, isto é, reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas. As diretrizes baseadas em revisões sistemáticas são meios que permitem essa transformação, pois reúnem, de forma organizada e reproduzível²⁸, grande quantidade de resultados de pesquisas e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão. Nas revisões sistemáticas os "sujeitos" da investigação (unidade de análise) são os estudos primários selecionados por meio de método sistemático e pré-definido, podendo ser ensaios clínicos aleatórios, estudos de acurácia, estudos coortes ou qualquer outro tipo de estudo²⁹.

Segundo Moher et al³⁰, em Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), as características chave de uma revisão sistemática são: (a) um conjunto de objetivos claros com uma metodologia explícita e reproduzível; (b) pesquisa sistemática que tenta identificar todos os estudos que atendam aos critérios de elegibilidade; (c) avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos, por exemplo através da avaliação de risco de viés, e (d) apresentação sistemática e síntese das características e dos resultados dos estudos incluídos. Já a metanálise é o uso de técnicas estatísticas para integrar e resumir os resultados dos estudos incluídos. Através da combinação de informações de todos os estudos relevantes, as metanálises podem fornecer estimativas mais precisas dos

efeitos dos cuidados de saúde do que aqueles derivados dos estudos individuais incluídas dentro de uma revisão.

Desta maneira, as revisões sistemáticas facilitam a elaboração de diretrizes clínicas, sendo extremamente úteis para os gestores na área de saúde, tanto do setor público como do privado, contribuindo também para o planejamento de pesquisas clínicas. As diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas consistem no elo entre as pesquisas e a prática clínica²⁹.

1.5) Práticas Baseadas em Evidências:

Na década de 70, pesquisadores da Universidade McMaster (Toronto – Canadá), liderados por David Sackett, Brian Haynes, Peter Tugwell e Victor Neufeld iniciaram o processo de elaboração de uma série de artigos que descreviam regras básicas necessárias para a análise crítica de uma evidência. Mais tarde, na década de 1990, o termo “medicina baseada em evidências” (MBE) foi proposto e formalmente definido por Sackett et al³¹ como: " o uso consciente e judicioso da melhor evidência atual de pesquisa, na gestão de cuidados clínicos de pacientes individualmente".

A concepção de MBE tira a ênfase da prática baseada apenas na intuição, experiência clínica não-sistematizada e nas teorias fisiopatológicas, para se concentrar na análise apurada de métodos pelos quais as informações médicas foram ou serão obtidas. Dá especial atenção ao desenho da pesquisa, à sua condução e à análise estatística. Esse conjunto completa-se com métodos bem definidos para avaliação crítica e revisões sistemáticas da literatura³². Segundo Guyatt³³, em menos de 20 anos, a MBE foi, de uma nomenclatura provisória, de um conceito incipiente, para a base fundamental para a prática clínica, que é usado em todo o mundo.

Inicialmente, a medicina baseada em evidências focava principalmente na determinação de melhores evidências de pesquisa para um problema clínico ou de decisão e aplicação de provas de que para resolver o problema. Esta concepção enfatizava os determinantes tradicionais de decisões clínicas, incluindo lógica fisiológica e experiência clínica individual. As versões subseqüentes de tomada de decisão baseada em evidências têm enfatizado que evidências de pesquisa por si

só, não são guias adequados para a ação. Em vez disso, os clínicos devem aplicar seus conhecimentos para avaliar o problema do paciente, incorporando os resultados das investigações e as preferências do paciente antes de tomar uma decisão. Assim, um modelo avançado para decisões baseadas em evidências³⁴, mais recentemente foi definido como "a integração das melhores evidências de pesquisa com experiência clínica e valores do paciente".

Embora o termo "Medicina Baseada em Evidências" seja amplamente utilizado na área médica, termos como prática baseada em evidências ou cuidados em saúde baseados em evidências, seriam mais adequados para cobrir toda a gama de aplicações clínicas da abordagem baseada em evidências para o atendimento ao paciente³³.

Assim, a prática baseada em evidências pode ser definida como o uso de evidências científicas atualizadas para orientar a tomada de decisão clínica³⁵.

As revisões sistemáticas servem como base à Prática Baseada em Evidências, que utiliza de forma consciente, explícita e judiciosa, a melhor evidência na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais³¹.

A recente implementação de um banco de dados global pela OMS³⁶, com o objetivo de auxiliar os prestadores de cuidados e as autoridades a implementarem programas de prevenção, vem a corroborar com demonstração da importância, cada vez maior, da realização de revisões sistemáticas de literatura, apontando evidências, para as mudanças nas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. MILLER, W. D. *Micro-organisms of the Human Mouth*, SS White Dental Mfg. Philadelphia, 1890.
2. KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Findings and implications. *Archives of oral biology*, v. 1, p. 304-20, mar 1960.
3. NEWBRUN, E. *Cariology*. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
4. WEYNE, S. C. *Cariologia*. In: BARATIERI, L. N. et al. *Dentística: procedimentos preventivos e restauradores*. São Paulo: Santos, 1990. Cap. 1.
5. COSTA, S. M et al. Modelos Explicativos da Cárie Dentária: Do Organicista ao Ecosistêmico. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, n. 2, p. 285-291, 2012.
6. COMISSÃO de Determinantes Sociais de Saúde - CDSS. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. 2005 Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 24 fev. 2013.
7. DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. *Stockholm: Institute for Future Studies*, 1991.
8. PETERSEN, P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries—international perspectives. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 33, n. 4, p. 274-279, 2005.
9. SABBAH, W. et al. The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social science & medicine*, v. 68, n. 2, p. 298-303, 2009.
10. BLAS, E; KURUP, A. S. *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization, 2010.
11. PETERSEN, P. E.; KWAN, S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 39, n. 6, p. 481-487, 2011.
12. GLOBAL Oral Health Programme (ORH). World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/objectives/en/index.html . Acesso em: 28 fev. 2013.

13. MARINHO, V. A.; PEREIRA, G. M. Revisão de literatura - Cárie : Diagnóstico e plano de tratamento. *R. Un. Alfenas*, v. 4, n. 27, p. 27-37, 1998.
14. WEYNE, S. C. A Construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. *In: Kriger L, coordenador. Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
15. LALONDE, Marc. A New Perspective on the. Health of Canadians - *A Working Document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Declaration of Alma-Ata. *In: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR*. 1978. p. 12.
17. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva. WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> . Acesso em: 24 mar. 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 28 fev. 2013.
19. NUTBEAM, D. O. N. Health promotion glossary. *Health Promotion International*, v. 1, n. 1, p. 113-127, 1986. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>. Acesso em: 04 mar. 2013.
20. NARVAI, P. C. A formação em Odontologia, no Brasil, não está adequada às necessidades da população. *Órgão oficial de informação da Federação Interestadual dos Odontologistas*; abril/maio 2004.
21. DE OLIVEIRA, E. T. et al. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 21, n. 1, p. 75-79, 2012.
22. OLIVEIRA E. T. et al. A Odontologia Social no Contexto da Promoção de Saúde. *RBPS*, v. 21, n.1, p.75-79, 2008.
23. NETTLETON, S. Dentists and Dental Health Education: A Study of the Perceptions of 28 Community Dentists. *Community Dental Health*, v. 6, p. 47-59, 1989.
24. HUMPHREYS, R. E.; RICHARDS, W.; GILL, P. Perceptions of first year foundation dentists on oral health education and its role in general dental practice. *British Dental Journal*, v. 209, n. 12, p. 601-606, 2010.

25. TSEVEENJAV, B.; VEHKALAHTI, M. M.; MURTOMAA, H. Barriers to the provision of oral health education among Mongolian dentists. *Oral health & preventive dentistry*, v. 3, n. 3, p. 183-8, jan 2005.
26. HOLLOWAY, P. J.; CLARKSON, J. E. Cost benefit in prevention in practice. *International dental journal*, v. 44, p. 317-322, 1994.
27. BICAS, H. B. A. Prestigiosa validação de nossos padrões editoriais. *Arq. Bras. Oftalmol.* vol.68, n.1 São Paulo Jan./Feb. 2005.
28. WATERS, E. Evidence for public health decision-making: towards reliable synthesis. *Bulletin of the World Health Organization*; v. 87, n. 164, p.164. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064022/en/index.html>. Acesso em: 02 mar. 2013
29. The COCHRANE COLLABORATION. Disponível em: <http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care/webliography/books/sysrev> Acesso em: 28 fev. 2013.
30. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*, v.62, n.10, p. 1006-12, 2009.
31. SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, v. 312, p.71-72, 1996.
32. ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_516.pdf Acesso em: 04 mar. 2013.
33. MEADE, M. O.; COOK, D. J. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: AMA press, 2002.
34. HAYNES, R. B; DEVEREAUX, P. J.; GUYATT, G. H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine*, v. 7, n. 2, p. 36-38, 2002.
35. EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, v. 268, n. 17, p. 2420-2425, 1992.

36. Global Oral Health Database. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/databases/global/en/index.html. Acesso em: 28 fev. 2013.

2. OBJETIVO

Realizar uma revisão sistemática da literatura qualitativa e pesquisas de opinião sobre os fatores que conduzem ou afastam os dentistas da realização de medidas de prevenção relacionadas à cárie dentária.

3. ARTIGO

**FATORES QUE CONDUZEM OU AFASTAM OS DENTISTAS NA REALIZAÇÃO
DE MEDIDAS PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À CÁRIE DENTÁRIA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSUMARIZAÇÃO**

Uhana Seifert Guimarães Suga¹

Raquel Sano Suga Terada²

Adriana Lemos Mori Ubaldini³

Adelia Portero Batilana⁴

Mitsue Fujimaki Haycibara⁵

Renata Corrêa Pascotto⁶

Ricardo Pietrobon⁷

Clarissa G. Rodrigues⁸

¹ Department of Dentistry. State University of Maringá. Maringá PR. Brazil

² Department of Dentistry. State University of Maringá. Maringá PR. Brazil

³ Department of Dentistry. State University of Maringá. Maringá PR. Brazil

⁴ Member, Research on Research Group, Department of Surgery, Duke University, Durham USA

⁵ Department of Dentistry. State University of Maringá. Maringá PR. Brazil

⁶ Department of Dentistry. State University of Maringá. Maringá PR. Brazil

⁷ Department of Surgery. Duke University Medical Center. Durham. USA

⁸ Instituto de Cardiologia do RS / Fundação Universitária de Cardiologia. Porto Alegre. Brazil. Department of Surgery. Duke University Medical Center. Durham. USA. Membro do Cochrane Prospective Meta-Analysis Methods Group

3.1 Introdução

A cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes da boca, sendo que 60 a 90% das crianças em idade escolar em todo o mundo apresentam dentes acometidos por cárie^{1,2}. O tratamento dessa doença gera a necessidade de procedimentos curativos que representam, na odontologia, um custo significativo para muitos países de alta renda, onde 5 a 10% das despesas de saúde pública dizem respeito à saúde bucal². Em contrapartida, abordagens preventivas praticadas pelos cirurgiões dentistas têm reduzido de 23 a 43% a incidência de cárie nas últimas décadas³. Um exemplo de práticas governamentais na prevenção de cárie é a fluoretação da água nos Estados Unidos da América, que tem economizado 4,6 bilhões de dólares anuais⁴.

Embora o objetivo do Programa Global de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde (OMS) direcione para modificação dos comportamentos de risco relacionados à dieta, nutrição, e higiene para a prevenção da cárie dental⁵ e pareça existir conhecimento por parte dos profissionais destas medidas preventivas, verifica-se uma grande deficiência na sua execução³, visto a alta incidência da cárie dentária nas crianças em idade escolar no mundo⁶. Desta forma, até onde sabemos não existem trabalhos na literatura que evidenciem, por meio de uma revisão sistemática, quais os fatores que direcionam ou afastam os profissionais para a realização das medidas preventivas para a cárie dental.

Mesmo com o conhecimento sobre os diferentes fatores etiológicos para o desenvolvimento da doença cárie e sobre as estratégias de prevenção, grande parte da população é acometida por esta enfermidade⁷. Ghasemi et al³ realizaram um estudo sobre o conhecimento e atitudes de dentistas em relação às medidas preventivas. Observaram que, embora os dentistas mostrassem atitudes positivas em relação aos procedimentos preventivos, especialmente quanto ao seu benefício para a comunidade, eles caracterizavam estes procedimentos como não vantajosos economicamente ou que pudessem depreciar sua imagem profissional. Resultados semelhantes foram relatados em uma avaliação com dentistas britânicos⁸.

Outros estudos indicam a limitação da realização de medidas preventivas devido à alta demanda de procedimentos curativos, dificuldade de induzir mudança de comportamentos nos pacientes, insuficiência de qualificações adquiridas ou insuficiente evidência de benefícios⁹, bem como a falta de disposição dos pacientes

para remunerarem os procedimentos preventivos¹¹. Este contexto, que apresenta o distanciamento entre os profissionais e as medidas preventivas, refletiu na tardia inserção histórica da prevenção como medida para promoção de saúde, que tem como marco a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde¹¹, em 1978.

Diante disto, existem publicações que apontam os fatores que conduzem ou afastam os profissionais em relação às medidas preventivas^{3,8,9}, mas nenhuma que tenha realizado uma revisão sistemática da literatura. Portanto, os dados obtidos através de uma revisão sistemática contribuirão para disseminar a prevenção na saúde bucal, visto que órgãos importantes como a OMS demonstram preocupação com esta causa, como por exemplo, a recente implementação de um banco de dados global com o objetivo de auxiliar os gestores e as autoridades a implementarem programas de prevenção¹².

Frente a isso, o objetivo deste artigo é realizar uma revisão sistemática da literatura qualitativa e pesquisas de opinião, sobre os fatores que conduzem ou afastam os dentistas na realização de medidas preventivas em relação à cárie dentária, resumindo os resultados por meio da metassumarização.

3.2 Metodologia

3.2.1) Protocolo e Registro

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) Statement*¹³ e foi registrada no *International Register of Prospective Systematic Review (Prospero)*, sob o número de registro CRD42012002235.

3.2.2) Critérios de Elegibilidade

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos metodologicamente delineados como estudo qualitativo ou pesquisa de opinião (*survey*), (2) artigos que apontavam quais são os fatores que conduzem ou afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária, que trabalhavam em área da saúde bucal (nível público e privado). Além disso, os seguintes critérios de exclusão foram considerados: (1) estudos cujos sujeitos da

pesquisa eram técnicos em saúde bucal, médicos, enfermeiros ou estudantes de odontologia, (2) artigos que apresentavam fatores relacionados a medidas preventivas isoladas ou direcionadas a grupos específicos de pacientes.

3.2.3) Fontes de Informação

Para seleção dos estudos primários, foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas: BBO, Cochrane Library, Embase, Lilacs, MEDLINE (acessado pelo PubMed), Scopus, Web of Science e York. Não foram utilizados limites para data ou idioma. Foi realizada busca manual nas referências dos artigos incluídos, bem como análise de citações destes estudos utilizando-se o Google Acadêmico. Os autores dos estudos incluídos foram contatados por e-mail, para identificação de estudos adicionais.

3.2.4) Estratégia de busca

Os seguintes termos foram utilizados para a estratégia de busca: *“dentist”*, *“dentists”*, *“general dental practitioner”*, *“general dental practitioners”*, *“dental caries”*, *“prevention”*, *“oral health”*, bem como os termos MeSH e os entry terms relacionados para estabelecer uma estratégia de busca de alta sensibilidade. Para a pesquisa nas bases de dados, não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, já que o termo *“qualitative research”* foi introduzido somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 como um termo Mesh no PubMed. A estratégia de busca completa usada para banco de dados PubMed é mostrada no apêndice A.

3.2.5) Seleção dos estudos

Títulos e resumos dos artigos recuperados foram avaliados independentemente por 2 revisores (USGS e ALMU). Os resumos considerados possivelmente elegíveis, assim como os que não forneceram informações suficientes sobre os critérios de elegibilidade foram mantidos para avaliação do texto completo. Dois revisores (USGS e ALMU) avaliaram independentemente os texto completo para determinar a elegibilidade do estudo. Divergências foram resolvidas por consenso e persistindo desacordo, um terceiro revisor (RSST) foi consultado

para decisão final. Foram considerados os seguintes idiomas: Português, Inglês, Espanhol e Alemão.

3.2.6) Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada classificando-se cada estudo de acordo com itens adaptados de Bennett et al, (2010)¹⁴, para pesquisa de opinião, e Joanna Briggs Institute¹⁵ - Qualitative Assessment tool and Review for qualitative studies, para os estudos qualitativos. Os itens avaliados nos estudos de opinião foram os seguintes: justificação da questão de pesquisa, explícita questão de pesquisa, clareza nos objetivos do estudo, descrição dos métodos utilizados para análise dos dados, método de administração do questionário, localização e data, métodos suficientemente descritos para a replicação, evidência de confiabilidade, evidência de validade, método de verificação de entrada dos dados, uso de codificação, cálculo do tamanho da amostra, método de seleção da amostra, descrição da população da amostra, descrição do questionário, descrição do desenvolvimento do questionário, pré-teste do instrumento, instrumento de confiabilidade e validade, método de pontuação, consentimento, aprovação ética da pesquisa e evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa.

Para os estudos qualitativos, os aspectos analisados: congruência entre a perspectiva filosófica indicada e a metodologia, congruência entre a metodologia da pesquisa e da questão de pesquisa ou objetivos, congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para a coleta de dados, congruência entre a metodologia da pesquisa e da representação e análise dos dados, congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados, declaração que localize o pesquisador cultural ou teoricamente, influência do pesquisador na pesquisa, e vice-versa, representação dos participantes, e de suas vozes, investigação ética de acordo com os critérios atuais, ou, para estudos recentes, e há evidências de aprovação ética por um órgão adequado, as conclusões foram tiradas dos relatórios de pesquisa a partir da análise, ou interpretação dos dados.

Nenhum estudo foi excluído por razões de qualidade, já que estudos prévios^{16,17} direcionam a não exclusão a priori de estudos por razões de qualidade. No *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane*

*Systematic Reviews of Interventions*¹⁸ é apontada como uma das possibilidades, a de não exclusão, permitindo que temas potencialmente valiosos continuem incluídos, desde que seja explicitado o potencial risco de viés.

3.2.7) Extração dos dados

Dois revisores (USGS e ALMU), de forma independente, conduziram a extração de dados. Informações gerais dos estudos foram coletadas, tais como: os autores, ano de publicação e região geográfica do primeiro autor. Além disso, foram coletadas as seguintes características específicas: objetivo, tipo de estudo, local de realização da pesquisa, a intervenção, número de participantes da amostra, critérios de inclusão e exclusão, características dos participantes, coleta de dados, análise de dados, principais resultados e conclusões dos autores.

3.2.8) Análise de Dados

Para a análise dos dados foi realizada metassummarização, a qual é uma abordagem orientada para agregação quantitativa da síntese tanto de pesquisas qualitativas, como de pesquisa de opinião (*surveys*)¹⁹. A metodologia envolve extração, agrupamento e formatação dos resultados, e o cálculo da frequência e intensidade do tamanho do efeito.

Após a extração dos resultados dos estudos incluídos e agrupamento dos achados relevantes, foram criados temas - representações concisas, mas abrangentes – referentes aos fatores que direcionam ou afastam os dentistas da realização de medidas preventivas à cárie dentária. Estes temas relacionavam-se tanto à atuação do próprio profissional, como também à sua visão de como estes fatores influenciavam seus pacientes quanto a realização de medidas preventivas. Para codificação dos temas, foi utilizado o Software ATLAS.ti 7 - *Qualitative Data Analysis*.

Para avaliar a magnitude dos resultados extraídos, foi calculada a frequência do tamanho do efeito. Para tanto, o número de estudos que apresentavam determinado tema (menos os resultados derivados de um estudo de base comum e que representasse uma duplicação da mesma conclusão) foi dividido pelo número total de estudos incluídos e apresentado em forma de porcentagem.

Para verificar quais estudos contribuíram para o conjunto final de conclusões abstraídas, foi calculada a intensidade do tamanho do efeito de cada estudo: 1)

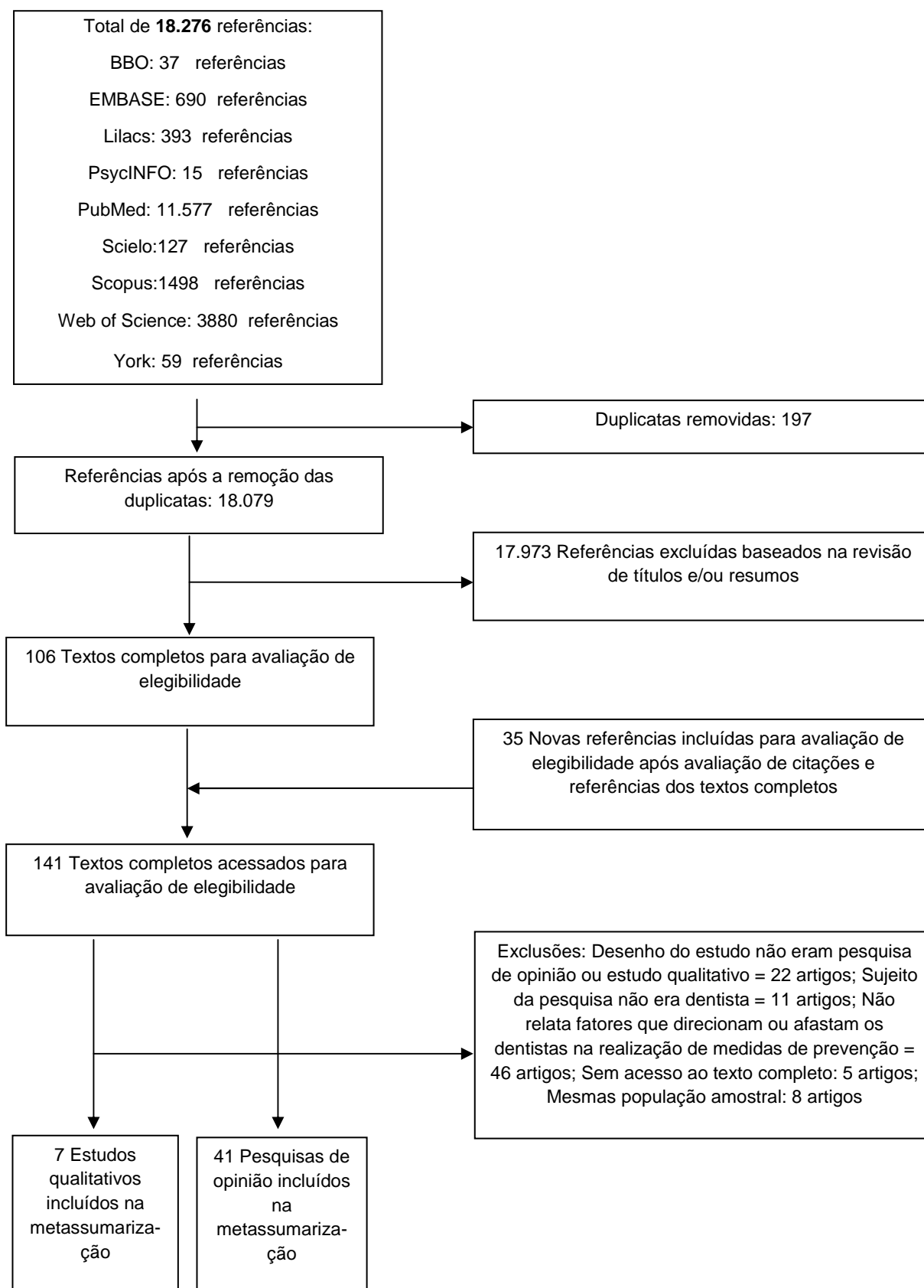
dividindo-se o número de temas contidos no estudo pelo número total de temas em todos os estudos e 2) dividindo-se o número de temas com tamanhos de efeito >25 contidos nesse estudo pelo número de temas com tamanho de efeito >25 em todos os estudos.

3.3 Resultados

3.3.1) Seleção dos estudos

A pesquisa nas bases de dados eletrônicas identificou 18.276 referências. Após a remoção de duplicatas e avaliação de título e abstracts, 106 artigos foram considerados potencialmente elegíveis (ANEXO B). Os textos completos foram recuperados e analisados, aplicando-se os critérios de elegibilidade. Por meio da análise das referências destes artigos, bem como citações no Google Acadêmico, foram selecionados mais 35 artigos, os quais também tiveram seus textos completos analisados (ANEXO C). Noventa e dois artigos foram excluídos pelas seguintes razões: 22 artigos não apresentavam o método experimental estudo qualitativo ou pesquisa de opinião; em 11 artigos o sujeito da pesquisa não era dentista; 46 artigos não relataram os fatores que direcionam ou afastam os dentistas de medidas preventivas da cárie dentária; os textos completos de 5 artigos não puderam ser obtidos e 8 artigos apresentavam a mesma população amostral. No final das avaliações, 48 artigos foram incluídos: 7 estudos qualitativos e 41 pesquisas de opinião. O contato com autores dos estudos incluídos não resultou em acréscimo de estudos adicionais. Este fluxograma está apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos



3.3.2) Características dos Estudos

As tabelas 1 e 2 apresentam as características dos estudos: número de participantes e o local da realização da pesquisa. No total foram 36.632 indivíduos participantes dos estudos primários. A distribuição geográfica do local onde foram realizados os estudos foi a seguinte: Austrália (9 estudos), Estados Unidos da América (9 estudos), Inglaterra (7 estudos), País de Gales (5 estudos), Brasil (3 estudos), Irã (3 estudos), Irlanda do Norte (2 estudos), Espanha (1 estudo), Finlândia (1 estudo), Coreia (1 estudo), Malásia (1 estudo), Mongólia (1 estudo), e Romênia (1 estudo). 5 estudos foram multicêntricos, envolvendo os países: Dinamarca, Islândia, Noruega, Suécia, Bélgica, China, República Tcheca, Alemanha, Irlanda, Madagascar, México, Cingapura, África do Sul, Tanzânia e Tailândia.

Tabela 1: Características dos Estudos - Estudos Qualitativos

Referência	Número de Participantes	Local de realização da pesquisa
Cashmore A W (2011) ²⁰	2	Austrália
Gussy M G (2006) ²¹	22	Austrália
Humphreys R E (2010) ²²	19	País de Gales
Nettleton S (1989) ²³	28	Inglaterra
Sbaraini A (2012) ²⁴	8	Austrália
Threlfall A G (2007) ²⁵	311*	Inglaterra
Threlfall A G (2007) ²⁶	311*	Inglaterra
TOTAL	390	3 países

* Amostras incluídas apenas uma vez na somatória, já que tratam-se dos mesmos sujeitos pesquisados, embora a abordagem de pesquisa seja diferente.

Tabela 2: Características dos Estudos - Pesquisa de opinião

Referência	Número de Participantes	Local de realização da pesquisa
-------------------	--------------------------------	--

ADAHF (1984) ²⁷	4000	Estados Unidos da América
Ananabara N (2010) ²⁸	4850	Estados Unidos da América
Anderson R (2002) ²⁹	1160	País de Gales
Badan D E C (2010) ^{30 *}	72	Brasil
Brennan D S (1996) ³¹	202	Austrália
Brennan D S (1998) ³²	Não apresenta	Austrália
Brennan D S (2001) ³³	345	Austrália
Brennan D S (2003) ³⁴	489	Austrália
Brennan D S (2007) ³⁵	Não apresenta	Austrália
Calnan M (2000) ^{36 *}	1956	Inglaterra
Chen M (1990) ³⁷	1000	Estados Unidos da América
Chestnutt I G (2007) ³⁸	608	País de Gales
Craft M (1976) ³⁹	502	Austrália
Fiset L (1997) ⁴⁰	532	Estados Unidos da América
Freeman R (2005) ⁴¹	166	Irlanda do Norte
Ghasemi H (2007) ³	1033**	Irã
Ghasemi H (2008) ⁴²	1033**	Irã
Ghasemi H (2009) ⁴³	1033**	Irã
Grembowski D (1990) ⁴⁴	200	Estados Unidos da América
Holloway P J (1994) ^{8 *}	50	Inglaterra
Kallestål C (1999) ⁴⁵	Não apresenta	Dinamarca, Islândia, Noruega e

		Suécia
Kay E J (2003) ⁴⁶	15	Inglaterra
Malcheff S (2009) ⁴⁷	4435	Estados Unidos da América
Milgrom P (1988) ⁴⁸	521	Estados Unidos da América
Moon H (1998) ⁴⁹	2047	Korea
Murtomaa H (1988) ⁵⁰	570	Finlândia
Nuca C I (2011) ⁵¹	348	Romênia
Pine C M (2004) ⁵²	1400	Bélgica, China, República Tcheca, Dinamarca, Alemanha, Irlanda, Madagascar, México, Cingapura, África do Sul, Tanzânia, Tailândia Estados Unidos da América
Pourat N (2012) ⁵³	3.098	Estados Unidos da América
Razak I A (1994) ⁵⁴	1371	Malásia
Riley J L III (2011) ⁵⁵	534**	Estados Unidos da América, Dinamarca, Noruega e Suécia
Riley RL III (2010) ⁵⁶	534**	Estados Unidos da América e Dinamarca, Noruega e Suécia
Riley RL III (2010) ⁵⁷	534**	Estados Unidos da América e Dinamarca, Noruega e Suécia
Rock W P (1976) ⁵⁸	1285	País de Gales e Inglaterra
Serrano A G (1990) ⁵⁹	1019	Espanha
Sesma N (2006) ⁶⁰	400	Brasil
Silva R P (2006) ⁶¹	233	Brasil
Tomlinson P (2006) ¹⁰	400	País de Gales
Tryon A M (1974) ⁶²	1020	Estados Unidos da América
Tseveenjav B (2004) ⁶³	250**	Mongólia
Tseveenjava B (2005) ⁹	250**	Mongólia

TOTAL	36.242	28
-------	--------	----

* Estudos mistos: qualitativos e pesquisa de opinião (surveys)

** Amostras incluídas apenas uma vez na somatória, já que tratam-se dos mesmos sujeitos pesquisados, embora a abordagem de pesquisa seja diferente.

3.3.3) Avaliação da qualidade dos estudos

Com a avaliação da qualidade, foi avaliado o risco de viés dos estudos incluídos (ANEXOS D e E). Os estudos em que houve prevalência de "sim", na avaliação de qualidade, foram considerados baixo risco de viés. Os estudos que não apresentam de maneira clara muitos dos itens avaliados, foram classificados como risco moderado de viés. O estudos em que houve prevalência de "não", foram classificados como alto risco de viés.

3.3.4) Síntese dos Resultados

3.3.4.1) Frequência de tamanho de efeito

Foram criados 43 temas após a análise e codificação dos 48 artigos incluídos. Estes temas foram divididos em quatro categorias: fatores que afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária, fatores que os direcionam, fatores que os dentistas consideram afastar os pacientes da realização de medidas preventivas e fatores que os dentistas consideram direcionar os pacientes para a realização destas medidas.

Profissionais: fatores que afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dental

O tema que apresentou maior frequência de tamanho de efeito, nas quatro categorias, foi o biologicismo com 27%. Este tema refere-se à visão tecnicista/curativista dos profissionais, que apontaram falta de tempo para realização ou orientação de medidas preventivas à cárie dentária pela alta demanda de procedimentos restauradores ou ainda por acreditarem que o serviço de saúde em odontologia estaria baseado na realização de procedimentos restauradores. Vinte e

cinco por cento dos artigos apresentaram o tema baixa remuneração, em que os profissionais referiam-se ao problema da estrutura de remuneração (baixa ou inexistente para determinados procedimentos preventivos, como por exemplo, orientação de higiene bucal ou dieta). Em relação ao tema gênero masculino, com frequência de 19%, verificou-se que dentistas do sexo feminino demonstrariam atitudes mais positivas em relação à prevenção do que os dentistas do sexo masculino. O maior tempo de formação do profissional foi um tema associado à diminuição da frequência de procedimentos preventivos em 22% dos artigos. Residir em zona rural também foi apontado como um fator que dificultaria o acesso às medidas preventivas em 15%. Com 12% de frequência, apareceram os temas: falta de consciência do profissional quanto à importância de realização de medidas preventivas à cárie dentária e falta de habilidade técnica/conhecimento na área. A falta de material didático foi apontada em 10% dos artigos, como um fator negativo. Em 8% dos artigos, os dentistas declararam acreditar que seja função dos técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliares em saúde bucal (ASB) a realização/orientação de medidas preventivas. Com o mesmo percentual, também relataram baixa relação custo-benefício e que a atuação no sistema público de saúde afastaria os dentistas da realização de medidas preventivas. Outros temas, com menores frequências foram: falta de cobertura dos procedimentos preventivos pelos planos/sistemas de saúde (6%), depreciação da imagem profissional (6%), realização de especialização profissional (6%), dificuldade de comunicação e educação em saúde (6%), descrença na eficácia do fluoreto (4%), atividade enfadonha (2%), dificuldade de condicionamento do paciente infantil (2%) (Tabela 3).

Tabela 3: Profissionais: fatores que afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

Temas	Frequência do tamanho de efeito (%)	Artigos
Descrença na eficácia do Fluoreto	4	Threlfall A G (2007) ²⁶ ; Craft M (1976) ³⁹
Falta de consciência	12	Sbaraini A (2012) ²³ ; ADAHF (1984) ²⁷ ; Tomlinson P (2006) ¹⁰ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Holloway P J (1994) ⁸ ; Calnan M (2000) ³⁶
Função do TSB/ASB	8	Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Nettleton S (1989) ²³ ;

		Anderson R (2002) ²⁹ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Atividade enfadonha	2	Nettleton S (1989) ²³
Depreciação da imagem profissional	6	Nettleton S (1989) ²³ ; Ghasemi H (2007) ³ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Gênero masculino	19	Nettleton S (1989) ²³ ; Ghasemi H (2007) ³ ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Ghasemi H (2008) ⁴² ; Riley RL (2011) ⁵⁵ ; Riley RL (2011) ⁵⁷ ; Brennan D S (2001) ³³ ; Pourat N (2012) ⁵³ ; Riley RL (2011) ⁵⁶
Maior tempo de formação	22	Nettleton S (1989) ²³ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Riley RL (2011) ⁵⁵ ; Moon H (1988) ⁴⁹ ; Rock W. P (1974) ⁵⁸ ; Chen M (1990) ³⁷ ; Riley RL (2011) ⁵⁷ ; Brennan D S (1996) ³¹ ; Brennan D S (2001) ³³
Dificuldade de condicionamento do paciente infantil	2	Pine M C (2004) ⁵²
Dificuldade de Comunicação e Educação em Saúde	6	Nettleton S (1989) ²³ ; Humphreys R E (2010) ²² ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Falta de habilidade técnica / conhecimento	12	Fiset L (1997) ⁴⁰ ; Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Badan D E C (2006) ³⁰ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ;
Especialização profissional	6	Humphreys R E (2010) ²² ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Biologicismo	27	Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Nettleton S (1989) ²³ ; Humphreys R E (2010) ²² ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Craft M (1976) ³⁹ ; Serrano A G (1990) ⁵⁹ ; Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Ananabara N (2010) ²⁸ ; Malcheff S (2009) ⁴⁷ ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Calnan M (2000) ³⁶ ; Badan D E C (2006) ³⁰
Menor remuneração	25	Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Fiset L (1997) ⁴⁰ ; Craft M (1976) ³⁹ ; Serrano A G (1990) ⁵⁹ ; Pine M C (2004) ⁵² ; Milgrom P (1988) ⁴⁸ ; Ghasemi H (2007) ³ ; Razak I A (1994) ⁵⁴ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Calnan M (2000) ³⁶ ; Grembowsky D (1990) ⁴⁴
Baixa relação custo-benefício	8	Ananabara N (2010) ²⁸ ; Malcheff S (2009) ⁴⁷ ; Razak I A (1994) ⁵⁴ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰

Atuação no sistema público de saúde	8	Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Freeman R (2005) ⁴² ; Riley RL (2011) ⁵⁵ ; Badan D E C (2006) ³⁰ ;
Residência em zona rural	15	Ghasemi H (2007) ³ ; Ghasemi H (2009) ⁴³ ; Rock W. P (1974) ⁵⁸ ; Chen M (1990) ³⁷ ; Brennan D S (2001) ³³ ; Brennan D S (2003) ³⁴ ; Brennan D S (2007) ³⁵
Falta de cobertura dos planos/sistemas de saúde	8	Ghasemi H (2009) ⁴³ ; Fiset L (1997) ⁴⁰ ; Tomlinson P (2006) ¹⁰ ; Calnan M (2000) ³⁶
Falta de material didático	10	Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Rock W. P (1974) ⁵⁸ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Badan D E C (2006) ³⁰

Profissionais: fatores que conduzem os dentistas para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

O tema com maior frequência de tamanho de efeito foi o trabalho em equipe, em conjunto com TSB/ASB, com 21%. A realização de pós-graduação com ênfase na área preventiva seria um fator direcionador, com 12% em frequência nos artigos. Com 10% de frequência, apareceram os seguintes temas: consciência do profissional quanto à importância da realização de medidas relacionadas com a prevenção, o profissional ser do gênero masculino, maior tempo de formação profissional, competência em comunicação e educação em saúde e educação permanente. Atuação no sistema público de saúde foi um fator direcionador em 8%. A satisfação pessoal foi apontada em 6% como sendo motivação para os dentistas realizarem prevenção. Com frequências inferiores a 6%, obteve-se os temas: leituras complementares, graduação em instituições públicas, alta relação custo-benefício, presença de cárie dentária e residência em zona rural (Tabela 4).

Tabela 4: Profissionais: fatores que conduzem os dentistas para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

Temas	Frequência do tamanho de efeito (%)	Artigos
Satisfação pessoal	6	Holloway P J (1994) ⁸ ; Craft M (1976) ³⁹ ; Calnan M (2000) ³⁶

Leituras complementares	4	Silva R P (2006) ⁶¹ ; Ghasemi H (2008) ⁴²
Consciência	10	Holloway P J (1994) ⁸ ; Threlfall A G (2007) ³ ; Threlfall A G (2007) ²⁶ ; Nettleton S (1989) ²³ ; Sbaraini A (2012) ²⁴
Gênero Masculino	10	Riley RL (2011) ⁵⁵ ; Moon H (1988) ⁴⁹ ; Razak I A (1994) ⁵⁴ ; Ghasemi H (2009) ⁴³ ; Silva R P (2006) ⁶¹
Maior Tempo de formação	10	Tseveenjava M (2004) ⁶³ ; Ghasemi H (2007) ³ ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Razak I A (1994) ⁵⁴ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Competência em Comunicação e Educação em Saúde	10	Threlfall A G (2007) ²⁶ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Tseveenjava M (2004) ⁶³ ; Milgrom P (1988) ⁴⁸ ; Riley RL (2010) ⁵⁶
Pós-Graduação	12	Tseveenjava M (2004) ⁶³ ; Ananabara N (2010) ²⁸ ; Moon H (1988) ⁴⁹ ; Sesma N (2006) ⁶⁰ ; Chen M (1990) ³⁷ ; Kay E J (2003) ⁴⁶ ;
Graduação em instituições públicas	4	Silva R P (2006) ⁶¹ ; Badan D E C (2006) ³⁰
Alta relação Custo-Benefício	6	Holloway P J (1994) ⁸ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Atuação no sistema público de saúde	8	Tseveenjava M (2004) ⁶³ ; Moon H (1988) ⁴⁹ ; Anderson R (2002) ²⁹ ; Chestnutt I G (2007) ³⁸
Residência em zona rural	2	Moon H (1988) ⁴⁹
Cobertura pelos planos de saúde	6	Kay E J (2003) ⁴⁶ ; Brennan D S (2003) ³⁴ ; Riley RL (2011) ⁵⁶
Educação Permanente	10	Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Ghasemi H (2007) ³ ; Chen M (1990) ³⁷ ; Ghasemi H (2008) ⁴² ; Kay E J (2003) ⁴⁶ ;
Trabalho em Equipe	21	Holloway P J (1994) ⁸ ; Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Tryon F (1974) ⁶² ; Craft M (1976) ³⁹ ; Chen M (1990) ³⁷ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Grembowsky D (1990) ⁴⁴ ; Freeman R (2005) ⁴¹ ; Cashmore A W (2011) ²⁰
Participação em grupos/redes de discussão	4	Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Sbaraini A (2012) ²⁴ ; Tryon F (1974) ⁶² ; Tseveenjava M (2004) ⁶³

Presença de cárie dentária	4	Threlfall A G (2007) ²⁶ ; Humphreys R E (2010) ²²
----------------------------	---	---

Pacientes: fatores que os dentistas acreditam afastar os pacientes da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

O principal fator que, na visão dos dentistas, contribuiria negativamente em relação a seus pacientes, para a realização de medidas preventivas à cárie dentária, seria a falta de consciência dos pacientes quanto à importância da prevenção, sendo apontado em 17% dos artigos. Em seguida com 12%, ficou o tema idade/crianças pequenas; quanto menor a idade dos pacientes, menos procedimentos preventivos seriam realizados. A desmotivação por parte dos pacientes apareceu em 8% dos artigos, seguidos dos temas medo, custo e constrangimento por receber orientações de medidas preventivas, com 6% (Tabela 5).

Tabela 5: Pacientes: fatores que os dentistas acreditam afastar os pacientes da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

Temas	Frequência do tamanho de efeito (%)	Artigos
Falta de consciência	17	Gussy M G (2006) ²¹ ; Nettleton S (1989) ²³ ; Ananabara N (2010) ²⁸ ; Malcheff S (2009) ⁴⁷ ; Ghasemi H (2009) ⁴³ ; ADAHF (1984) ²⁷ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Badan D E C (2006) ³⁰
Desmotivação	8	Gussy M G (2006) ²¹ ; Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Nettleton S (1989) ²³ ; Humphreys R E (2010) ²² ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰
Medo	6	Gussy M G (2006) ²¹ ; Pine M C (2004) ⁵² ; Calnan M (2000) ³³
Custo	6	Gussy M G (2006) ²¹ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰ ; Kay E J (2003) ⁴⁶
Idade - crianças pequenas	12	Humphreys R E (2010) ²² ; Pine M C (2004) ⁵² ; Milgrom P (1988) ⁴⁸ ; Ananabara N (2010) ²⁸ ; Malcheff S (2009) ⁴⁷ ; Brennan D S (1996) ³²
Constrangimento	6	Nettleton S (1989) ²³ ; Tseveenjava B (2005) ⁹ ; Murtomaa H (1988) ⁵⁰

Pacientes: fatores que os dentistas acreditam conduzir os pacientes para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

Com frequências idênticas (4%), o que influenciaria positivamente seria a motivação dos pais e a idade do paciente. Nos casos em que os pais estivessem bem motivados, os dentistas estariam mais propensos há dispor mais tempo com orientação preventiva. E em relação à idade, foi relatado que mais procedimentos/orientações preventivas seriam realizados, quanto menor fosse a idade dos pacientes (Tabela 6).

Tabela 6: Pacientes: fatores que os dentistas acreditam conduzir os pacientes para realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária

Temas	Frequência do tamanho de efeito (%)	Artigos
Motivação dos pais	4	Gussy M G (2006) ²¹ ; Threlfall A G (2007) ²⁵ ; Threlfall A G (2007) ²⁶
Idade	4	Tomlinson P (2006) ¹⁰ ; Threlfall A G (2007) ²⁵

3.3.4.2) Intensidade do tamanho de efeito

A intensidade do tamanho de efeito foi calculada para avaliar o impacto dos estudos e suas conclusões sobre os resultados da síntese e está apresentado na tabela 7. O artigo que apresentou a maior frequência de intensidade, ou seja, que apresentou o maior número de temas, foi Mutomaa⁵⁰ com 40%, seguido de Netlleton²³ com 26%, Sbaraini²⁴ também com 26% e Threlfall²⁵ com 23%. Do total de 48 artigos, 18 obtiveram entre 8 e 22% de frequência de intensidade e 26 artigos as menores frequências, abaixo de 8%.

Tabela 7: Intensidade de tamanho de efeito em relação à todos os temas e temas com tamanho de efeito >25%

Artigo	Intensidade do tamanho de efeito %	Intensidade do tamanho de efeito %
---------------	---	---

	todos os temas (n=43)	temas >25% (n=1)
ADAHF (1984) ²⁷	7	*
Ananabara N (2010) ²⁸	9	100
Anderson R (2002) ²⁹	5	*
Badan D E C (2006) ³⁰	14	100
Brennan D S (1996) ³¹	2	*
Brennan D S (1998) ³²	2	*
Brennan D S (2001) ³³	7	*
Brennan D S (2003) ³⁴	5	*
Brennan D S (2007) ³⁵	2	*
Calnan M (2000) ³⁶	12	100
Cashmore A W (2011) ²⁰	2	*
Chen M (1990) ³⁷	12	*
Chestnutt I G (2007) ³⁸	2	*
Craft M (1976) ³⁹	14	100
Fiset L (1997) ⁴⁰	7	*
Freeman R (2005) ⁴¹	2	*
Ghasemi H (2007) ³	14	*
Ghasemia H (2008) ⁴²	7	*
Ghasemia H (2009) ⁴³	9	*
Grembowski D (1990) ⁴⁴	5	*

Gussy M G (2006) ²¹	9	*
Holloway P J (1994) ⁸	12	*
Humphreys R E (2010) ²²	14	100
Kallestål C (1999) ⁴⁵	5	*
Kay E J (2003) ⁴⁶	9	*
Malcheff S (2009) ⁴⁷	12	100
Milgrom P (1988) ⁴⁸	7	*
Moon H (1988) ⁴⁹	12	*
Murtomaaa H (1988) ⁵⁰	40	100
Nettleton S (1989) ²³	26	100
Nuca C I (2011) ⁵¹	2	*
Pine M C (2004) ⁵²	9	*
Pourat N (2012) ⁵³	2	*
Razaktf I A (1994) ⁵⁴	12	*
Riley RL (2011) ⁵⁵	7	*
Riley RL (2010) ⁵⁶	7	*
Riley RL (2011) ⁵⁷	3	*
Rock W. P (1974) ⁵⁸	7	*
Sbaraini A (2012) ²⁴	26	100
Serrano A G (1990) ⁵⁹	5	100
Sesma N (2006) ⁶⁰	14	100
Silva R P (2006) ⁶¹	7	*
Threlfall A G (2007) ²⁵	23	100
Threlfall A G (2007) ²⁶	7	*
Tomlinson P (2006) ¹⁰	7	*

Tryon F (1974) ⁶²	2	*
Tseveenjava B (2005) ⁹	14	100
Tseveenjava M (2004) ⁶³	7	*

* Estudo não obteve tema com frequência de tamanho de efeito >25%

3.4 Discussão

Este estudo trata-se da primeira revisão sistemática e metassumarização da literatura qualitativa e de pesquisa de opinião avaliando os fatores que direcionam ou afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária. Dentre todos os temas identificados, o que apresentou a maior frequência foi o biologicismo, apontado em 27% dos estudos. Este tema pode estar relacionado com a formação acadêmica dos profissionais direcionada por um modelo de atenção centrado na doença, predominantemente voltado ao tecnicismo/curativismo⁹. Modelo este que reserva pequeno espaço para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde⁶⁴ e que, historicamente, está vinculado ao modelo flexneriano de ensino.

A baixa ou inexistente remuneração para procedimentos preventivos, tema que apresentou frequência de tamanho de efeito de 25%, também poderia ser reflexo desta visão biologicista, que privilegia economicamente procedimentos curativos, em detrimento de preventivos. Profissionais acreditam que poderiam utilizar seu tempo de uma maneira mais lucrativa, ao invés de, por exemplo, fornecer conselhos preventivos^{8,22,25}. Vale ressaltar que, quando avaliada a qualidade dos estudos os quais apresentaram o tema, observou-se que em todos os artigos, pelo menos 50% dos itens avaliados não foram apresentados pelos autores ou não estavam totalmente claros, indicando potencial risco de viés, o qual deve ser considerado na avaliação crítica dos resultados destes estudos.

Os artigos que apresentam as diferenças nas práticas de prevenção, relacionadas ao gênero dos dentistas, divergem em seus resultados. Enquanto que em 19% dos artigos apontaram que dentistas do gênero feminino teriam atitudes mais positivas em relação à prevenção da cárie dentária, outros 10% apontaram o contrário. Essa diferença poderia possivelmente ser explicada pela composição da

amostra dos últimos 10% dos artigos: no trabalho de Moon⁴⁹ a amostra foi constituída por 90.9% de dentistas do gênero masculino e apenas 9.1% de dentistas do gênero feminino. Razak⁵⁴ não apresenta a porcentagem relacionada ao gênero dos participantes. Ghasemi³ utilizou amostra composta pelo dobro de dentistas do gênero masculino, em relação ao feminino. Murtomaa⁵⁰ cita que havia maior proporção de profissionais do gênero masculino. Em relação à qualidade metodológica destes estudos, dois artigos destacaram-se por apresentarem mais de 60% dos itens avaliados, todavia a maioria dos estudos não apresentou ou não relatou de forma clara pelo menos 50% dos itens avaliados, representando possível risco de viés. Apesar dos dados mostrarem uma tendência sobre o assunto, ainda não há consenso sobre a influência do gênero sobre as atitudes preventivas.

Outro tema que também apresentou divergência foi o tempo de formação do profissional, com a frequência de tamanho de efeito de 22%. Quanto maior o tempo de formação do profissional, menor seria o relato da frequência de medidas preventivas realizadas. O contrário foi apontado em 10% dos artigos. Embora um estudo³ tenha apontado maior direcionamento à realização de medidas preventivas aos dentistas com maior tempo de formação, a diferença foi apontada como não estatisticamente significativa. Sesma⁶⁰ encontrou que profissionais com maior experiência empregariam mais procedimentos preventivos que os recém-formados, mas faz uma ressalva explicando que o mesmo respondente poderia empregar mais de um método de prevenção e desta maneira, as respostas não seriam mutuamente excludentes. Na análise da qualidade dos estudos, metade dos estudos apresentaram de forma adequada mais de 60% dos itens analisados, indicando baixo risco de viés.

A residência em zona rural foi uma barreira para o acesso aos procedimentos preventivos em 15% dos estudos. Embora apenas um estudo tenha considerado o contrário⁴⁹, destaca-se sua boa avaliação quanto aos critérios de qualidade, apresentando de forma adequada 78% dos itens avaliados. Dentre os artigos que apontaram como barreira a residência fora de grandes centros, um estudo⁵⁵ apresentou de forma adequada 74% dos itens, sendo que o restante dos estudos não apresentou ou não relatou de forma clara entre 50 e 70% dos itens avaliados, entre eles os métodos suficientes para replicação, descrição do desenvolvimento do instrumento de pesquisa e aprovação ética do estudo.

Em relação aos fatores que favorecem a realização de medidas preventivas, o tema que obteve maior frequência foi o trabalho em equipe com TSB/ASB, sendo apontado em 21% dos artigos. Por outro lado, este tema também foi considerado como uma barreira em 8% dos trabalhos, em que dentistas consideraram que cuidados preventivos não seriam de sua atribuição e sim de TSB/ASB. Delegar o cuidado preventivo a um TSB/ASB foi até considerado um método rentável e considerado por dentistas como uma boa maneira de repassar conselhos preventivos. No entanto, nenhum estudo foi realizado, comparando a eficácia do conselho fornecido por dentistas e TSB/ASB. Um estudo prévio²⁴ sugere que TSB/ASB deveriam reforçar mensagens preventivas, trabalhando em parceria com os dentistas e pacientes. Desta forma, a prevenção permaneceria como uma atividade central dos dentistas e não como uma atividade periférica para ser delegada. No quesito qualidade, três artigos destacaram-se apresentando de forma adequada 60% dos itens analisados. Em relação aos outros artigos que abordaram o mesmo tema, não apresentaram ou não relataram de forma clara mais de 50% do itens.

Embora a realização de pós-graduação tenha sido apontada em 12% dos estudos como um fator direcionador à realização de medidas preventivas, também foi apontada em 6% como uma barreira. A pós-graduação direcionaria a realização de medidas de prevenção à profissionais de áreas específicas, como especialidade em pediatria ou periodontia, por exemplo. Em relação à qualidade, apenas um artigo⁴⁶ que apontou a pós-graduação como positiva, apresentou 78% dos itens avaliados de forma adequada. Os demais artigos não apresentaram ou não relataram de forma clara acima de 48% dos itens, evidenciando potencial risco de viés. Dos artigos que indicaram a pós-graduação como barreira, um deles¹⁹ relatou adequadamente 60% dos itens e outros dois artigos^{20,47} não apresentaram ou não relataram de forma adequada acima de 65% dos itens.

A consciência do dentista foi apontada em 10% dos estudos, como sendo um fator importante para a prevenção. Com exceção de dois artigos^{25,26}, o restante não apresentou ou não relatou de forma clara mais de 50% dos itens na avaliação de qualidade. Por outro lado, a falta de consciência foi relatada em 12% como um fator negativo. Na avaliação de qualidade, todos os estudos não apresentaram ou não relataram de forma adequada acima de 50% dos itens avaliados, indicando alto risco de viés.

A educação permanente foi apontada em 10% dos estudos como um fator importante na consolidação da atuação preventiva do profissional. Foi salientado em estudos prévios^{3,9,37,60,63} a importância de se enfatizar os métodos de prevenção da cárie dentária, tanto nos currículos de graduação como programas de educação continuada. Avaliando-se a qualidade, houve a variação entre 39 a 50% de itens relatados adequadamente.

Em relação aos fatores que, na visão dos profissionais, dificultariam pacientes a realizarem medidas preventivas à cárie dentária, aquele que obteve maior frequência, foi a falta de consciência dos pacientes sobre a importância da prevenção, com 17%, seguido do tema idade, relacionando à criança pequena, com 12%. Na avaliação da qualidade sobre o tema consciência, um artigo²¹ apresentou 80% dos itens adequadamente e os demais entre 30 e 50%. Sobre o tema idade, dois artigos^{22,47} se com mais de 60% dos itens adequados. Os outros apresentaram em torno de 50% dos itens adequadamente.

Ambos com 4% de frequência de tamanho de efeito, obteve-se os temas motivação dos pais e idade como fatores que os dentistas apontaram como motivadores aos seus pacientes, para a realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária.

A tabela de intensidade de tamanho de efeito apresenta o peso de cada estudo para o conjunto final de conclusões abstraídas. O artigo que apresentou a maior frequência de intensidade, ou seja que apresentou o maior número de temas, foi Murtomaa⁵⁰ com 40%, seguido de Nettleton²³ com 26%, Sbaraini²⁴ também com 26% e Threlfall²⁵ com 23%. Embora tenha-se obtido um elevado número de artigos (54%) que apresentaram baixa frequência de intensidade, indicando baixa prevalência, isto é compensado pela diversidade de temas encontrados e sua potencial de relevância clínica, no entendimento de quais fatores direcionam ou afastam os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária.

Pelo fato de as diretrizes para elaboração e relato de pesquisas de opinião não serem claras¹⁴, observa-se uma falta de padronização dos relatos destes estudos. Com relação aos estudos qualitativos, embora exista na literatura critérios para relato das pesquisas qualitativas⁶⁵, observa-se que na maioria dos estudos eles não tem sido utilizados. A falta de padronização, assim como a não descrição adequada de todos os itens metodológicos dos estudos contribuiu negativamente na

avaliação da qualidade dos mesmos, representando potencial risco de viés. Em relação à metassumariação, esta também apresenta limitações no que se refere a redução de divergências metodológicas inerentes aos estudos qualitativos e quantitativo. Todavia, a metodologia possibilita a agregação e interpretação de resultados descritivos comparáveis entre si¹⁶.

Contudo, esta revisão sistemática identificou os seguintes temas, como principais fatores que poderiam afastar os dentistas da realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária: biologicismo, baixa remuneração aos procedimentos preventivos, maior tempo de formação, profissionais do gênero masculino, falta de consciência dos pacientes quanto a importância da prevenção e crianças pequenas. Quanto aos fatores que conduziriam, temos: trabalho em equipe, pós-graduação, consciência preventiva do profissional, educação preventiva e a motivação dos pais. Espera-se que este trabalho possa contribuir, apontando evidências, para o efetivo entendimento dos fatores que direcionam ou afastam os dentistas na realização de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária. E que estas informações possam então, ser subsídios úteis ao planejamento e à tomada de decisão, direcionando à mudanças nas práticas profissionais, e por consequência proporcionar a melhora da condição de saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS

1. ORAL Health. *Fact Sheet*. World Health Organization, n. 318, apr 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>. Acesso em: 01 mar. 2013.
2. CATALÁN, M. A. et al. Elevated incidence of dental caries in a mouse model of cystic fibrosis. *PloS one*, v. 6, n. 1, p. e16549, 2011.
3. GHASEMI, H.; MURTOMAA, H.; TORABZADEH, H.; VEKALAHTI, M. M. Knowledge of and Attitudes towards Preventive Dental Care among Iranian Dentists. *European Journal of Dentistry*, v. 1, n. 4, p. 222-9, out 2007.
4. CDC - Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health, Preventing Dental Caries with Community Programs. U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/oh.pdf> Acesso em: 01 mar. 2013.

5. Global Oral Health Program. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/objectives/en/. Acesso em: 28 fev. 2013.
6. PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* [online], vol.83, n.9, pp. 661-669, 2005.
7. PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 31, n. s1, p. 3-24, 2003.
8. HOLLOWAY, P.; CLARKSON, J. Cost: benefit of prevention in practice. *International Dental Journal*, v. 44, n. 4, p. 317-322, 1994.
9. TSEVEENJAV, B.; VEHKALAHTI, M. M.; MURTOMAA, H. Barriers to the provision of oral health education among Mongolian dentists. *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 3, n. 3, p. 183-8, jan 2005.
10. TOMLINSON, P.; TREASURE, E. Provision of prevention to adults in NHS dental practices and attitudes to prevention. *British Dental Journal*, v. 200, n. 7, p. 393-7, abr 2006.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Declaration of Alma-Ata. In: *International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR*. 1978. p. 12.
12. GLOBAL Oral Health Database. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/databases/global/en/index.html. Acesso em: 28 fev. 2013.
13. MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.
14. BENNETT, C.; KHANGURA, S.; BREHAUT, J. C. et al. Reporting guidelines for survey research: an analysis of published guidance and reporting practices. *PLoS medicine*, v. 8, n. 8, ago 2010.
15. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au/Home>. Acesso em: 25 fev. 2013.
16. CONN VS, RANTZ MJ. Research methods: Managing primary study quality in meta-analyses. *Research in Nursing & Health*, v. 26, p. 322–333, 2003.
17. COOPER, Harris M. *Synthesizing research: A guide for literature reviews*. Sage Publications, Incorporated, 1998.

18. HANNES K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research. In: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (editors), *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Version 1 (updated August 2011). Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group, 2011. Disponível em: <http://cgrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>. Acesso em: 05 mar. 2013.
19. SANDELOWSKI, M.; BARROSOS, J.; VOILS C. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research in nursing & health*, v.30, n. 1, p. 99-111, 2007.
20. CASHMORE, A. W.; NOLLER, J.; RITCHIE, J.; JOHNSON, B.; BLINKHORN, A. S. Reorienting a paediatric oral health service towards prevention: Lessons from a qualitative study of dental professionals. *Health Promotion Journal of Australia*, v. 22, n. 1, p. 17-21, 2011.
21. GUSSY, M. G.; WATERS, E.; KILPATRICK, N. M. A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health. *British Dental Journal*, v. 201, n. 3, p. 165-170, 2006.
22. HUMPHREYS, R. E.; RICHARDS, W.; GILL, P. Perceptions of first year foundation dentists on oral health education and its role in general dental practice. *British Dental Journal*, v. 209, n. 12, p. 601-606, 2010.
23. NETTLETON, S. Dentists and Dental Health Education: A Study of the Perceptions of 28 Community Dentists. *Community Dental Health*, v. 6, p. 47-59, 1989.
24. SBARAINI, A. What factors influence the provision of preventive care by general dental practitioners? *British Dental Journal*, v. 212, n. 11, 2012.
25. THRELFALL, A. G.; HUNT, C. M.; MILSOM, K. M.; TICKLE, M.; BLINKHORN, A. S. Exploring factors that influence general dental practitioners when providing advice to help prevent caries in children. *British Dental Journal*, v. 202, n. 4, p.1-4, fev 2007.
26. THRELFALL, A. G.; MILSOM, K. M.; HUNT, C. M.; TICKLE, M.; BLINKHORN, A. S. Exploring the content of the advice provided by general dental practitioners to help prevent caries in young children. *British Dental Journal*, v. 202, n. 3, p. 1-4, 2007.
27. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION HEALTH FOUNDATION. Prevention in the dental office: results of a preventive dentistry survey. *Journal of the American Dental Association*, v. 108, n. 5, p. 809, 811-812, 1984.

28. ANANABARA, N.; MALCHEFF, S.; BRISKIE, D.; INGLEHART, M. R. Infant oral health examinations: attitudes and professional behavior of general and pediatric dentists in Michigan and pediatric dentists in the U.S. *The Journal Of The Michigan Dental Association*, v. 92, n. 3, p. 202-209, 2010.
29. ANDERSON, R; TREASURE, E. S. A. S. Oral health promotion practice: A survey of dental professional in Wales. *International Journal of Health Promotion & Education*, v. 40, n. 1, p. 9-14, 2002.
30. BADAN, D.; MARCELO, V.; ROCHA, D. Perceptions and use of collective health by surgeon dentists egress from Federal University of Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1811-1818, 2010.
31. BRENNAN, D. S.; SPENCER, A J; SZUSTER, F. S. Dentist service rates and distribution of practice styles over time. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 24, n. 2, p. 145-51, abr 1996.
32. BRENNAN, D.; SPENCER, A.; SZUSTER, F. Service provision trends between 1983–84 and 1993–94 in Australian private general practice. *Australian Dental Journal*, v. 43, n. 5, p. 331-336, 1998.
33. BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J. Practice belief scales among private general dental practitioners. *Australian Dental Journal*, v. 46, n. 3, p. 186-193, 2001.
34. BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J. Provision of diagnostic and preventive services in general dental practice. *Community Dental Health*, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2003.
35. BRENNAN, D.; SPENCER, A JOHN. Trends in private dental service provision in major city and other Australian locations. *The Australian Journal of Rural Health*, v. 15, n. 3, p. 189-95, jun 2007.
36. CALNAN, M.; SILVESTER, S.; MANLEY, G.; TAYLOR-GOOPY, P. Doing business in the NHS: exploring dentists' decisions to practise in the public and private sectors. *Sociology of Health & Illness*, v. 22, n. 6, p. 742-764, nov 2000.
37. CHEN, M. Preventive dentistry in Texas, USA. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 18, n. 5, p. 239-43, out 1990.
38. CHESTNUTT, I. G.; THOMAS, D. R.; PATEL, R.; TREASURE, E. T. Perceptions and attitudes to a fundamental reform of general dental services in Wales. *Primary dental care: Journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK)*, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2007.

39. CRAFT, M.; SHEIHAM, A. Attitudes to prevention amongst dental practitioners. A comparison between the North and South of England. *British dental journal*, v. 141, n. 12, p. 371-6, dez 1976.
40. Fiset, Louis; GREMBOWSKI, David. Adoption of innovative caries-control services in dental practice: a survey of Washington state dentists. *The Journal of the American Dental Association*, v. 128, n. 3, p. 337-345, 1997.
41. FREEMAN, R.; KERR, G.; SALMON, K.; SPEEDY, P. Patient-active prevention in primary dental care: a characterisation of general practices in Northern Ireland. *Primary dental care: Journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK)*, v. 12, n. 2, p. 42-46, 2005.
42. GHASEMI, H.; MURTOMAA, H.; TORABZADEH, H.; VEHKALAHTI, M. M. Risk-based Approach in Preventive Practice among Iranian Dentists. *Oral health & Preventive Dentistry*, v. 6, n. 1, p. 53-60, 2008.
43. GHASEMI, H.; MURTOMAA, H.; TORABZADEH, H.; VEHKALAHTI, M. M. Perceived barriers to the provision of preventive care among Iranian dentists. *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 7, n. 4, p. 339-46, jan 2009.
44. GREMBOWSKI, D.; MILGROM, P.; Fiset, L. Factors Influencing Variation in Dentist Service Rates. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 50, n. 4, p. 244-250, jun 1990.
45. KÄLLESTÅL, C.; WANG, N. J.; PETERSEN, P. E.; ARNADOTTIR, I. B. Caries-preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 27, n. 2, p. 144-51, abr 1999.
46. KAY, E. J.; WARD, N.; LOCKER, D. A general dental practice research network: Impact of oral health in general dental practice patients. *British Dental Journal*, v. 194, n. 11, p. 621-625, 2003.
47. MALCHEFF, S.; PINK, T. C.; SOHN, W.; INGLEHART, M. R.; BRISKIE, D. Infant oral health examinations: pediatric dentists' professional behavior and attitudes. *Pediatric Dentistry*, v. 31, n. 3, p. 202-9, 2009.
48. MILGROM, P. et al. Dentists' attitudes and behaviors in counseling patients about oral self care. *The Journal of the American College of Dentists*, v. 55, n. 1, p. 48, 1988.
49. MOON, H. S.; PAIK, D. I.; HOROWITZ, A. M.; KIM, J. B. National survey of Korean dentists' knowledge and opinions: Dental caries etiology and prevention. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 58, n. 1, p. 51-56, 1998.
50. MURTOMAA H, T. M. The attitudes of Finnish dentists in private practice towards dental health education. *Community Dental Health*, v. 5, n. 4, p. 47-59, 1988.

51. NUCA, C.; AMARIEI, C.; PARIS, S. Preventive Dentistry: Current Working Practices of Dentists From the South-Eastern Region of Romania. *OHDM*, v. 10, n. 3, p. 131-142, 2011.
52. PINE, C. M.; ADAIR, P. M.; BURNSIDE, G. *et al.* Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. *Community Dental Health*, v. 21, n. 1 Suppl, p. 112-20, mar 2004.
53. POURAT, N.; MARCUS, M. Variations in self-reported provision of services by general dentists in private practice. *The Journal of the American Dental Association*, v. 142, n. 9, p. 1050-1060, 2011.
54. RAZAK, I. A.; LIND, O. P. Patient education and preventive care in Malaysian dental practice. The Journal of clinical pediatric dentistry. *The Journal of Clinic Pediatric Dentistry*, v. 18, n. 4, p. 313-322, 1994.
55. RILEY III, J. L.; GORDAN, V. V.; ROUISSE, K. M.; MCCLELLAND, J.; GILBERT, G. H. Differences in male and female dentists' practice patterns regarding diagnosis and treatment of dental caries: findings from The Dental Practice-Based Research Network. *Journal of the American Dental Association*, v. 142, n. 4, p. 429-40, abr 2011.
56. RILEY III, Jo. L. *et al.* Use of caries preventive agents on adult patients compared to pediatric patients by general practitioners: findings from The Dental Practice-Based Research Network. *Journal of the American Dental Association*, v. 141, n. 6, p. 679, 2010.
57. RILEY III, J. L.; GORDAN, V. V.; ROUISSE, K. M.; MCCLELLAND, J.; GILBERT, G. H. Use of caries prevention agents in children: findings from The Dental Practice-based Research Network. *Oral health & Preventive Dentistry*, v. 8, n. 4, p. 351-359, 2010.
58. ROCK, W. P.; BRADNOCK, G. Preventive dentistry in general practice. A study of current use. *British Dental Journal*. v. 140, n. 2, 1976.
59. SERRANO, A. G.; CENIZO ALCAIDE, J. A.; LOPEZ BERMEJO, M. A. Attitudes, knowledge and behavior of 3 groups of Spanish dentists on methods of caries prevention. *Revista Europea de Odonto-estomatología*. v. 2, n. 2, p. 107-110, 1990.
60. SESMA, N.; ALVES, A. P.; SANTOS, S. O perfil dos cirurgiões-dentistas da cidade de são paulo na prática da prevenção de cáries e doenças gengivais. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 18, n. 3, p. 257-264, 2006.
61. SILVA, R. P.; ALFREDO, C.; LOUREIRO, D. S. Profile of the dental surgeon related to the recommendation of individual preventive strategies. *Braz J Oral Sci*, v. 5, n. 17, p. 1022-1027, 2006.

62. TRYON, A F. An analysis of preventive dental activities in general practice. *The Journal of the American Society for Preventive Dentistry*. v. 4, n. 5, p. 20-25, 1974.
63. TSEVEENJAV, B.; VEHKALAHTI, M. M.; MURTOMAA, H. Caries-preventive measures applied by Mongolian dentists to their own children. *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 2, n. 3, p. 203-209, jan 2004.
64. BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ*, v.80, n.7, p. 592-593, 2002.
65. TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

ANEXO A

Estratégia de busca - Pubmed

Estratégia de busca - Pubmed: P e I

	Grupo	Palavras-chaves	Estratégia de busca (Mesh e entry terms)
P = Paciente		dentist, dentists / general dental practitioner / general dental practitioners	"Dentist"[Mesh] OR "Dentists"[All Fields] OR "General Dental Practitioner" [All Fields] OR "General Dental Practitioners" [All Fields]
I = Intervenção		dental caries / prevention /oral health	"Dental Caries"[Mesh] OR "Decay, Dental"[All Fields] OR "Dental Decay"[All Fields] OR "Caries, Dental"[All Fields] OR "Dental White Spot"[All Fields] OR "White Spots, Dental"[All Fields] OR "White Spots"[All Fields] OR "Spot, White"[All Fields] OR "Spots, White"[All Fields] OR "White Spot"[All Fields] OR "Dental White Spots"[All Fields] OR "White Spot, Dental"[All Fields] OR "Prevention and Control"[Subheading] OR "Preventive Therapy "[All Fields] OR "Prophylaxis"[All Fields] OR "Preventive Measures"[All Fields] OR "Prevention"[All Fields] OR "Control"[All Fields] OR "Primary Prevention"[Mesh] OR "Prevention, Primary"[All Fields] OR "Oral Health"[Mesh]
S = Tipo de estudo	Qualitative Research		Não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, pois o termo "qualitative research" foi introduzido somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 como um termo Mesh no PubMed.

ANEXO B

Artigos Potencialmente Elegíveis

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: pesquisa de opinião ou estudo qualitativo	sujeito de pesquisa: dentista	Relata fatores que afastam ou direcionam os dentistas, que trabalham na área de saúde bucal quanto as medidas de prevenção da cárie dental	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa sejam técnicos em saúde bucal, médicos e estudantes de Odontologia e/ou outras áreas de saúde	Estudos que nao reportam os fatores associados e sim somente as condutas realizadas pelos dentistas	Incluído?	Consenso
A NATIONAL STRATEGY FOR PREVENTION - A GENERAL DENTAL PRACTITIONERS PERSONAL VIEW	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6M255MkZReko3LXM/edit	não					não	ok
A general dental practice research network: Impact of oral health in general dental practice patients	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6c2x1dU5zeDR4Mms/edit	sim	sim	sim			sim	ok
A motivation model for preventive dental behaviour	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6LXE3d2hnRi1yejQ/edit	sim	sim	não			não	ok
A qualitative investigation of factors governing dentists' treatment philosophies	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6ejVRcE5XeIRfT2s/edit	sim	sim	não			não	ok
A qualitative investigation of the influence of time since graduation on English dentists' approach to the care of young children.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bU5Rdkd0REtUMy11amhpSU4yUWRWdw/edit	sim	sim	não			não	ok
A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health.	http://www.nature.com/bdj/journal/v201/n3/pdf/4813849a.pdf	sim	não				sim	ok
Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os	http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_578-586.pdf	sim	sim	não	não	não	não	ok

dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho?									
Adoption of innovative caries-control services in dental practice: a survey of Washington State dentists	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu %2Fpdf%2F168911.pdf	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: A grounded theory study	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6RVBrY3RuUjhPck/edit	sim	não				não	ok	
Answers from dentists, dental hygienists and dental assistants to questions asked by patients concerning preventive dental matters	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6b2gxVXhqUkxHMDQ/edit	sim	sim	não			não	ok	
Aplicação de métodos de prevenção: uma análise indireta do nível de conhecimento dos profissionais	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6R1FpaHFRShqR28/edit	não					não	ok	
Atitudes de cirurgiões-dentistas quanto é importância da avaliação do risco de cárie e adoção de medidas preventivas e de controle: análise da realidade na rede pública odontológica de Barbacena- MG	http://www.odonto.ufmg.br/index.php /arquivos-em-odontologia-principal-121/edi-atual-principal-124/doc_view/242-artigo-07?tmpl=component&format=raw	sim	sim	sim	não	não	não	ok	
Attitudes to prevention amongst dental practitioners. A comparison between the North and South of England.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6VjhVklUvUJRSnZaTZ3T1dZdk NSQQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Attitudes toward and Use of Pitand Fissure Sealants	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6RHhDSGFGS1JRNGE0S3VfRUV QTHFfdw/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok	
Attitudes, knowledge and behavior of 3 groups of Spanish dentists on	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	

methods of caries prevention	%2Fpdf%2F168912.pdf							
Barriers to accessing dental care: Dental health professional factors	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6UGYzQi11d2hWRG8/edit	não					não	ok
Barriers to the provision of oral health education among Mongolian dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B0GEt yuuFfcyVzhXWDMtdWJTD0tPMEd4T1FqYzhCZw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bE5Pc28tenISWldVNnBBUFhZZXJDUQ/edit	sim	sim	não			sim	ok
Caries management decision: Influence of dentist and patient factors in the provision of dental services	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6am5EeGxYQzhHNEE/edit	sim	sim	não			não	ok
Caries prevention by the dentist--essential, efficient and rational. ARTIGO EM ALEMÃO	https://docs.google.com/file/d/140XfmXotl5xnr3NDSNwhQ3NR5bSuX8lugDrWvocildJWXBTWTByGtnLkAIS8/edit	não					não	ok
Caries risk assessment practices among Texas pediatric dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B0GEt yuuFfcyRGhFaTdvchdUubUNQVkvwb2J2THl1dw/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok
Caries-preventive measures applied by Mongolian dentists to their own children	https://docs.google.com/file/d/0B0GEt yuuFfcySC01bTISUXVUQUdPb2t1OFNVNUJxdw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Challenges of and strategies for changing prescribing practices of health care providers	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6UnNsZEVLLUI2Mnc/edit	não					não	ok
Changes in dentists' attitudes and practice in paediatric dentistry.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6QUhJMjdjZnhmRWM/edit	sim	sim	não			não	ok
Clinicians' preventive strategies for children and adolescents identified as at high risk of developing caries	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6aWozdWMTNm9BdFE/edit	não					não	ok
Comportamento de cirurgiões-dentistas sobre orientações educativo-preventivas transmitidas às gestantes	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Zzd0WENOSTYwWjQ/edit	sim	sim	não			não	ok
Conhecimento do cirurgião dentista da cidade de São Paulo quanto à prevenção da cárie	https://drive.google.com/?tab=mo&authuser=0#folders/0B7tcQPK_ljM6dGg3c1h6YVo1WE0	sim	sim	não			não	ok

dental e uso de gomas de mascar								
Control of dental caries by the school dental service. The application of preventive treatment and incremental care	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6ZHVHszJ5M2hRMDJ6MzVQekw5RWdjdW/edit	não					não	ok
Dental caries prevention in infants in Cameroon. Status of the place of oro-dental preventive treatments given to children in Cameroon	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6eXB5aWU1WGhRbmVvUUVVnpMMzBOZw/edit	sim	sim	não			não	ok
Dental caries: prevalence and preventive methods used by children of dentists	https://docs.google.com/file/d/1uBxZfVTyJ06nD5ERNsk-MldXOegbUVTyKGuXgZ6MhYSIw2a4aq3IPbepkyE/edit	não					não	ok
Dental health of dentists' children in Mongolia	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6elZ5OHJ3RXJZNDa/edit	não					não	ok
Dental health promotion and preventive dentistry practices of US Army dentists	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6NXZHbUI3Xzi4blE/edit	sim	sim	não			não	ok
Dental knowledge, attitudes towards oral health care and utilization of dental services among male industrial workers with or without an employer-provided dental benefit scheme	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6dXR2VUdrTmx0Rms/edit	sim	não				não	ok
Dental services and perceived oral health: are patients better off going private?	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6UUpLZ1FOWEzVLUk/edit	sim	não				não	ok
Dentists' attitudes and behaviors in counseling patients about oral self care	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6cmN4bDVZSEZUmFfWWpUYUVDDy1rdw/edit	sim	sim	não			sim	ok
Dentists in a practice-based research network show considerable variation in their choices for caries prevention agents	http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272966&_user=686210&_pii=S1532338211000479&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=30-Jun-2011&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVlt-zSkWA&md5=1c70dee3ed7fd59214ff8	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

	be327988ee7/1-s2.0-S1532338211000479-main.pdf							
Dentists' use of caries risk assessment and individualized caries prevention for their adult patients: Findings from the Dental Practice-Based Research Network	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Wjl2UmVOUkpENXM/edit	sim	sim	não			não	ok
Diagnostic and preventive service trends in private general practice: 1983-1984 to 1998-1999	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6YzJweTNNUU9scUk/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok
Differences in male and female dentists' practice patterns regarding diagnosis and treatment of dental caries: findings from The Dental Practice-Based Research Network.	http://jada.ada.org/content/142/4/429.full.pdf+html	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Doing business in the NHS: exploring dentists' decisions to practise in the public and private sectors	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bHhIS2c4RmNrMkk/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
EVALUATION OF INFORMATION ON DENTAL-HEALTH CARE AT CHILD HEALTH CENTERS - FACTORS IN CARIES PREVENTION - OPINIONS OF DENTAL PERSONNEL AND THEIR RELATION TO PARENTAL ATTITUDES	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6ay1EV3BiaW4tVfk/edit	sim	não	não			não	ok
Evidence summary: what do dentists mean by 'prevention' when applied to what they do in their practices?	https://docs.google.com/file/d/0B0GEt yuuFfcySk9MOE9Sa0xSNUdfWVBhMGgtNWVQUQ/edit	não					não	ok
Exploring factors that influence general dental practitioners when providing advice to help prevent caries in children	http://www.nature.com/bdj/journal/v202/n4/pdf/bdj.2007.143.pdf	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Exploring the content of the advice provided by general dental practitioners to help prevent caries	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Nkd4NUFoUjNSWi01X2J6eHVURkdFUQ/edit	sim	sim	sim			sim	ok

in young children								
Factors influencing choice of dental treatment by private general practitioners	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6TlJtSDRkdFR3OEK/edit	sim	sim	não			não	ok
General health promotion in general dental practice--the involvement of the dental team Part 2: A qualitative and quantitative investigation of the views of practice principals in South Yorkshire.	http://www.nature.com/bdj/journal/v201/n1/full/4813774a.html	sim	sim	não			não	não
General practitioners' use of caries-preventive agents in adult patients versus pediatric patients: findings from the dental practice-based research network.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bEFPeVhmdmFUa2lueXdqbHVud2h3UQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Infant and pre-school child health promotion: What do health visitors and general practitioners think is important and what do they record?	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SkJvNERnUVE1YTg/edit	sim	não				não	ok
Infant oral health care: A survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6VTVLWHRPd0EyOHc/edit	sim	sim	não			não	ok
Infant Oral Health Care: Beliefs and Practices of American Academy of Pediatric Dentistry Members	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SXBuSDdqY0l6Rzg/edit	sim	sim	não			não	ok
Infant oral health examinations: attitudes and professional behavior of general and pediatric dentists in Michigan and pediatric dentists in the U.S.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6aUNCYnZ2WFZUWU1WSzNCX1FjMGxTQQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Infant oral health examinations: pediatric dentists' professional behavior and attitudes.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6VFh6Vm1xWWITeXFodmhaVDFYskwwZw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Influence of patient, visit, and oral health factors on dental service	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6VUFDOFpROU5Qdk0/edit	sim	sim	não			não	ok

provision								
Knowledge and attitude of dental health workers towards fluoride in Riyadh area	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6N29vbFNbHFIMkU/edit	sim	não				não	ok
Knowledge of and Attitudes towards Preventive Dental Care among Iranian Dentists.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2609918/?tool=pubmed	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Knowledge, attitudes, and behaviors of federal service and civilian dentists concerning minimal intervention dentistry	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6OE4yX2NiX2NmUzA/edit	sim	sim	não			não	ok
KNOWLEDGE, OPINIONS AND PRACTICES ABOUT CARIES PREVENTION AMONG KOREAN DENTISTS	Rejeitado comut - erro na referência						não	ok
Methods of preventing dental caries used by dentists for their own children - ARTIGO FALTANDO PÁGINAS E INVERTIDAS	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6cUJ0MldncWJSb1NsWlkzTTB1eXdmQQ/edit	sim	sim	não			não	ok
National survey of Korean dentists' knowledge and opinions: dental caries etiology and prevention	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bXFYbmlVUGZTMUd6TkhnM3EyQnVtZw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
O perfil dos cirurgiões-dentistas da cidade de São Paulo na prática da prevenção de cáries e doenças gengivais / The dentist surgeons profile of São Paulo city in the prevention of dental caries and gingival diseases	http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2006/perfil_cirurgioes_dentistas.pdf	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Obstacles to implementing evidence-based dentistry: a focus group-based study.	http://www.jdentaled.org/content/72/6/736.full.pdf+html	sim	sim	não			não	ok
Ontario dentists' knowledge and beliefs about selected aspects of diagnosis, prevention and restorative dentistry.	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu %2Fpdf%2F168921.pdf	sim	sim	não			não	ok
Ontario dentists' knowledge and beliefs about selected aspects of	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu	sim	sim	não			não	ok

diagnosis, prevention and restorative dentistry.	%2Fpdf%2F168921.pdf							
Oral health care in Canada - A view from the trenches	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bUx5aGdtMHoxcG8/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok
Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6QTUzdndsWWpMa2s/edit	sim	sim	não			não	ok
Oral Health in the Pediatric Practice Setting: A Survey of Washington State Pediatricians	https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=1376668bea6ee723&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Dc18cb98231%26view%3Datt%26th%3D1376668bea6ee723%26attid%3D0.1%26disp%3Dsafe%26realattid%3Dfh2d8fcdc0%26zw&sig=AHIEtbQ9PxK9grxJ5TYo1DDNk_Ino81EA	sim	não				não	ok
Oral Health in the Pediatric Practice Setting: A Survey of Washington State Pediatricians	https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=1376668bea6ee723&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Dc18cb98231%26view%3Datt%26th%3D1376668bea6ee723%26attid%3D0.1%26disp%3Dsafe%26realattid%3Dfh2d8fcdc0%26zw&sig=AHIEtbQ9PxK9grxJ5TYo1DDNk_Ino81EA	sim	não				não	
Oral Health Knowledge, Past Oral Health Behaviors, and Barriers to Preventive Oral Care of Head Start Parents	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6LUITQTNwTThOaE0/edit	sim	não				não	ok
Oral health promotion practice: A survey of dental professionals in Wales	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu %2Fpdf%2F169029.pdf	sim	não	sim	não	não	sim	ok
Oral health promotion practice: A survey of dental professionals in Wales	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu %2Fpdf%2F169029.pdf	sim	não	sim	não	não	sim	ok
Patient education and preventive care in Malaysian dental practice.	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

	%2Fpdf%2F168922.pdf								
Patient education and preventive care in Malaysian dental practice.	https://docs.google.com/viewer?url=ht tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu %2Fpdf%2F168922.pdf	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Patient-active prevention in primary dental care: a characterisation of general practices in Northern Ireland.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6TTVycW13MTRrWWM/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Perceived barriers to the provision of preventive care among Iranian dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6S2syRHFzb2hUQ2FyYmNRMjN BTGpOdw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Perceived barriers to the provision of preventive care among Iranian dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6S2syRHFzb2hUQ2FyYmNRMjN BTGpOdw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Perceptions and attitudes to a fundamental reform of general dental services in Wales.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6dGM1NmduN1A5enM/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Perceptions and use of collective health by surgeon dentists egress from Federal University of Goiás	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/09 3.pdf	sim	sim	não			não	ok	
Perceptions and use of collective health by surgeon dentists egress from Federal University of Goiás	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/09 3.pdf	sim	sim	não			não	ok	
Perceptions and use of collective health by surgeon dentists egress from Federal University of Goiás	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6Sy1LMEVnMHxQXM/edit	sim	sim	sim			sim	ok	
Perceptions of first year foundation dentists on oral health education and its role in general dental practice.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6WE9LUU1sWIRRSgVnV2JRcXJv ZGxHZw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Perceptions of first year foundation dentists on oral health education and its role in general dental practice.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6WE9LUU1sWIRRSgVnV2JRcXJv ZGxHZw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Practice belief scales among private general dental practitioners	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQ PK_ljM6aDZ1T2xaa3dnaXM/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Practice profiles of male and	https://docs.google.com/file/d/0BwQJ	não					não	ok	

female dentists in Australia.	5wHo6dDwNlgyRWg4TkpUN0ttOVFHN XQ1Y1hQdw/edit							
Practice profiles of male and female dentists in Australia.	https://docs.google.com/file/d/0BwQJ5wHo6dDwNlgyRWg4TkpUN0ttOVFHN XQ1Y1hQdw/edit	não					não	ok
Preferences for caries prevention agents in adult patients: findings from the dental practice-based research network.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933181/?tool=pubmed	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Preferences for caries prevention agents in adult patients: findings from the dental practice-based research network.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933181/?tool=pubmed	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Prevenção da cárie e doença periodontal no consultório: pesquisa sobre o uso de medidas preventivas utilizadas	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6WHQySHhNbiRCLTA/edit	sim	sim	não			não	ok
Prevention and dental practitioners in Northern Ireland	https://docs.google.com/file/d/1TEKU0AtNhSPxpSpqRQ4sJgfRyg4YqTZycgPNfV5pgxtnuIOTlefu7uVNEELt/edit	sim	sim	não			não	ok
Prevention and dental practitioners in Northern Ireland	https://docs.google.com/file/d/1TEKU0AtNhSPxpSpqRQ4sJgfRyg4YqTZycgPNfV5pgxtnuIOTlefu7uVNEELt/edit	sim	sim	não			não	ok
Prevention in dental education. Progress, problems, opportunities.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6a0loanlLeWRSNnExVGQ5bmhQUXVEdw/edit	não					não	ok
Prevention in the dental office: results of a preventive dentistry survey. American Dental Association Health Foundation	https://docs.google.com/file/d/1Jl7mpjIHKszFcZ2q0VKOHjLWRxrpXUO0B1xgJdr14TUshoruxY74AGimL0em/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Prevention--the need for attitude change.	https://docs.google.com/file/d/1qzCThMjCSrMnntX5o7mCa-SSv-NIDHF6eTq8azHrIFyjdPvIdyRORDiKgL5w/edit	não					não	ok
Preventive dentistry: Practitioners' recommendations for low-risk patients compared with scientific evidence and practice guidelines	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SXZSUjFWdE1TMmM/edit	sim	sim	não			não	ok

Profile of the dental surgeon related to the recommendation of individual preventive strategies	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6cWxFc1dLOEdTVE9sRXl6ek42dG01UQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Provision of diagnostic and preventive services in general dental practice - Brennan e Spencer (2002) - survey 1998 a 1999	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Yk1pajk2V3ZWclE/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Provision of prevention to adults in NHS dental practices and attitudes to prevention.	https://docs.google.com/file/d/0B0GEt yuuFfcycWFWeV9PbkFRNDJFRzFzUzVkJU2J0Zw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Recomendação do uso de dentífrício, escova e fio dental pelo cirurgião-dentista / Recommending the use of toothpaste, toothbrush and floss at dentist	https://docs.google.com/file/d/14fag1y-RcwHkO99mj_y9ScA-sTQW5F8cVeYr5xcO_9DMLz3lOw2i8TPbH9xZ/edit	sim	sim	não			não	ok
Reorienting a paediatric oral health service towards prevention: Lessons from a qualitative study of dental professionals	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Q0FORWFcuJvJJeJq/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Restorative certainty and varying perceptions of dental caries depth among dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6LXg1UlhCaUNUcmVCCExhUXdJajhHdw/edit	não					não	ok
Risk-based approach in preventive practice among Iranian dentists.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6VHktZ0p0UVZSdm1KeI9XNFDdbkZndw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Role of Dentist in prevention of dental disease	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bFRLdlg5Z21HM1E/edit	não					não	ok
Routine oral examination: Differences in characteristics of Dutch general dental practitioners related to type of recall interval CAPES	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6bUxNWDEtUjE5S0E/edit	sim	sim	não			não	ok
Tasks and problems of the practicing dentist of 1954 with regard to caries prevention].	https://docs.google.com/file/d/1hhKIV-SIHQ4F0NE94oy_lKeB39mGmCaU45mvHQk1b39PPtWuEXZmscrFdhla/edit						não ARTIGO EM HOLANDÊS	ok
The effect of education upon	https://docs.google.com/viewer?url=ht	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

dentists' knowledge and attitude toward fissure sealants.	tp%3A%2F%2Filliad.mclibrary.duke.edu%2Fpdf%2F168924.pdf							
The medical and dental attendance pattern of patients attending general dental practices in Warwickshire and their general health risk assessment	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6UDd2RI8wSlBzb0U/edit	não					não	ok
The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services - Brennan e Spencer (2005) - survey 1997-98. PUBLICADO 2005	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6aXI5ZGhGOGF5ZDg/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok
The role of dentists in prevention.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6QkdtmNIUpUb09SZIZURGdZYMZsUQ/edit	não					não	ok
The role of pediatrician in promoting oral health	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Wm1GZU5nRThSM2UtdU5qdUhlSFpoZw/edit	sim	não				não	ok
The supply of dentists and access to care in rural Kansas	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6RmJXZTF0WVdlajg/edit	sim	não				não	ok
The whole population approach to caries prevention in general dental practice	http://www.nature.com/bdj/journal/v205/n10/pdf/sj.bdj.2008.985.pdf	não					não	ok
Trends in private dental service provision in major city and other Australian locationsyes - Brennan e Spencer (2007) - survey 1983, 1988, 1993, 1998 and 2003. PUBLICADO 2007	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SzVlbXImMWsyQnc/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Trends in service provision among Australian private general dental practitioners over a 20-year period - Brennan e Spencer (2006) - survey 1983, 1988, 1993, 1998 and 2003	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6MV9NaTd2eExfZGs/edit	sim	sim	não			não	ok
Using interviews to construct and disseminate knowledge of oral health policy	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6MkFCeUVvKT1JxUW8/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok

Variations in self-reported provision of services by general dentists in private practice	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6Z0JCWldldFRTTWs/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
What do the public and profession know about dental caries prevention in Korea?	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SXVRLW5IWVNfajA/edit	não					não	ok
What factors influence the provision of preventive care by general dental practitioners?	provision of preventive care by general dental practitioners?" https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=13804f1b1a4f7d83&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/u/0/?ui%3D2%26ik%3Dc18cb98231%26view%3Datt%26th%3D13804f1b1a4f7d83%26attid%3D0.1%26disp%3Dsafe%26zw&sig=AHIEtbRW91K3ghlmsZ22r-Szo2dlZDg0AQ	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

ANEXO C**Análise de citações e referências**

Artigo	Link para texto completo	Tipo de estudo: Pesquisa de opinião ou estudo qualitativo	sujeito de pesquisa: dentista	Relata fatores que afastam ou direcionam os dentistas, que trabalham na área de saúde bucal (nível privado e público), quanto as medidas de prevenção da cárie dental	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa sejam técnicos em saúde bucal, médicos e estudantes de Odontologia e/ou outras áreas de saúde	Estudos que não reportam os fatores associados e sim somente as condutas realizadas pelos dentistas	Incluído?	Consenso
An analysis of preventive dental activities in general practice	https://docs.google.com/file/d/1tcTZV3qHd3-BswVRvfYfUbtEyEQGAmBaVeLeNZ7ldcV1FRZQkHE_yMY2UGk7/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Answers from dentists, dental hygienists and dental assistants to questions asked by patients concerning preventive dental matters.	https://docs.google.com/file/d/17yEy_iBlZ96wDovPsSe_A1GlbGLreUbKjUoOPFu_Kvw71CVuRC-p6E_WV7Md/edit	sim	sim	sim	não	não	não	ok
Caries-preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden	https://docs.google.com/file/d/0B0GEtyuuFfcyTkr5cjQzWUZSR1dsS0poMW81LTFJUQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

Cost: benefit of prevention in practice	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6TWVoSHNoMkxSVi0tcW5uWE5MUII5Zw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Dentists and dental health education: a study of the perceptions of 28 community dentists	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6X3ZZV1ZMd nNTUGFKQk5wSzl2TWxXUQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Infant Oral Health Care: A Survey of General Dentists, Pediatric Dentists, and Pediatricians in Virginia	https://docs.google.com/file/d/0B0GEtyuuFfcyNmhYd25XZzNTWWI3bnhnazlnU0NrQQ/edit	sim	sim	não			não	ok
Knowledge and practices of caries prevention among Taiwanese dentists attending a national conference	https://docs.google.com/file/d/0B0GEtyuuFfcyd2h4T3liVHBTeE9qZW8yeDVDUnVEUQ/edit	sim	sim	não			não	ok
Patient-Active Prevention in Primary Dental Care: A Characterisation of General Practices in Northern Ireland	https://docs.google.com/file/d/1yJaPACSdviEX2zZWIB7jxsdgr0OQoWO5_dt2m2DlpFc7Gnl72y-rMzmPOV1y/edit	sim	sim	não			sim	ok
Planning and delivery of dental health care - J Dent Res 1980	SEM ACESSO AO TEXTO COMPLETO							
Preventive dentistry in general practice. A study of current use. Rock W. P.; Bradnock G. NÃO TEM ABSTRACT	https://docs.google.com/file/d/1JiVusqs5TstkjPvBgqDgRxFgsA-l3p6bf6E2er62X2sRICzNLw1AbxefB_CB/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Preventive Dentistry In Texas, Usa.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6a2VzX0hMNV9TWHUtSktXbjMwT1k5QQ/e	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

	dit							
Preventive Dentistry: Current Working Practices of Dentists From the South-Eastern Region of Romania.	http://www.oralhealth.ro/volumes/2011/volume-3/Paper250.pdf	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Surgeon General's report on health promotion and disease prevention	SEM ACESSO AO TEXTO COMPLETO							
Survey on the knowledge concerning oral health and the condition o oral health care. J Kor Acad Dent Health 1983 Lee JK, Choi EG.- REFERÊNCIA NÃO ENCONTRADA PUBMED/ GOOGLE SCHOLAR	SEM ACESSO AO TEXTO COMPLETO							
The attitudes of Finnish dentists in private practice towards dental health education.	https://docs.google.com/file/d/1xdUIhTeFb03a_n6AZyhihvP3nr72IGG9G3UTC1RYSe9nABFVrYocTdxCoq74/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6UEZ3Rm5VOXRUQzJhYTITcUVLM2ZHdw/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
The role of the practicing dentist in the delivery of caries prevention; III, Final Summary Report. American Dental Association	SEM ACESSO AO TEXTO COMPLETO							
Use of caries prevention agents in children:	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074637/?t	sim	sim	sim	não	não	sim	ok

findings from The Dental Practice-based Research Network	ool=pubmed								
Use of caries preventive agents on adult patients compared to pediatric patients by general practitioners: findings from The Dental Practice-Based Research Network.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880818/?tool=pubmed	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Australian private general practiceServices provision patterns by main diagnosis and characteristics of patients	SEM ACESSO AO TEXTO COMPLETO								
Dentist preferences for patients: dimensions and associations with provider, practice, and service characteristics - Brennan	http://goo.gl/HlwOI	sim	sim	não			não	ok	
Dentist service rates and distribution of practice styles over time. - Brennan 1983-1988. PUBLICADO 1996	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6SmQ5cHFpTIFrbDQ/edit	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	
Does Dental Insurance Make a Difference in Type of Service Received by Iranian Dentate Adults?	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6RkZWd1BLNVphbzg/edit	sim	sim	não			não	ok	
Factors influencing dental decision making.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6czVESVpNeTVZbjg/edit	sim	sim	não			não	ok	
Factors influencing	https://docs.google.com/file/	sim	sim	sim	não	não	sim	ok	

variation in dentist service rates.	d/0B7tcQPK_ljM6dW1rRdc5 MIBNUTA/edit							
Insurance status and provision of dental services in Australian private general practice Rates of dental service provision between capital city and non-capital locations - Brennan e Spencer (1983-84, 1988-89, and 1993-94). PUBLICADO 1997	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6NIJjMVpIWI B1Vjg/edit	sim	sim	sim	não	não	não	
O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação.	dissertação - excluído						não	ok
Public perceptions of the funding of NHS dental services.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6NmHEmZw RINTTOE/edit	sim	sim	não			não	ok
Rates of dental service provision between capital city and non-capital locations in Australian private general practice - Brennan e Spencer (1983/1984, 1988/1989 and 1993/1994). PUBLICADO 1998	http://goo.gl/OCSoi	sim	sim	sim	não	não	sim	
Regular pattern of preventive dental services: measure of access.	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6dmpYcFFIM GJLbE0/edit						não	ok
Service patterns associated with coronal	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6dzA5aUVIbl	sim	sim	sim	não	não	não	ok

caries in private general dental practice. - Brennan e Spencer 1983. PUBLICADO 2007	NrTOE/edit							
Service provision patterns by main diagnoses and characteristics of patients - Brennan e Spencer (1983–84, 1988–89, and 1993–94) PUBLICADO 2000	http://goo.gl/nGjwi	sim	sim	sim	não	não	não	ok
Service provision trends between 1983-84 and 1993-94 in Australian private general practice. PUBLICADO 1998	http://goo.gl/amc8g	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
Teaching received in caries prevention and perceived need for best practice guidelines among recent graduate in Finland	http://goo.gl/7Q6aC	sim	sim	sim	não	não	sim	ok
What's in a dental practice-based research network?	https://docs.google.com/file/d/0B7tcQPK_ljM6cVBSY2Fjdzl4UzQ/edit	sim	sim	não			não	ok

ANEXO D

Tabela de avaliação de qualidade estudos qualitativos

	Gussy MG (2005)	Holloway PJ (1994)	Humphreys RE (2006)	Nettleton S (1989)	Sbaraini A (2012)	Threlfall AG (2007)	Threlfall AG (2007)
Existe congruência entre a perspectiva filosófica indicada e a metodologia?(sim/não/não claro)	sim	sim	não claro	não claro	não claro	sim	sim
Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e da questão de pesquisa ou objetivos?(sim/não/não claro)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para a coleta de dados?(sim/não/não claro)	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim
Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e da representação e análise dos dados? (sim/não/não claro)	sim	não claro	não	não claro	sim	sim	sim
Existe congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados?(sim/não/não claro)	sim	sim	sim	não	sim	não claro	sim
Existe declaração que localize o pesquisador cultural ou teoricamente?(sim/não/não claro)	não	não claro	sim	sim	não	sim	não claro
Existe influência do pesquisador na pesquisa, e vice-versa? (sim/não/não claro)	não claro	sim	não claro	não claro	não	não claro	não claro
Os participantes, e suas falas, devidamente representados? (sim/não/não claro)	sim	não	sim	sim	não claro	sim	sim
A investigação é ética de acordo com os critérios atuais, ou, para estudos recentes, e há evidências de aprovação ética por um órgão adequado? (sim/não/não claro)	sim	não	sim	não	não	não	não
As conclusões são tiradas do relatório de pesquisa a partir da análise, ou interpretação, dos dados? (sim/não/não claro)	sim	não claro	sim	não claro	sim	sim	sim

ANEXO E

Tabela de avaliação de qualidade de pesquisas de opinião

Continuação:

	Chen M (1990)	Chestnutt I G (2007)	Craft M (1976)	Fiset L (1997)	Freeman R (2005)	Ghasemi H (2007)	Ghasemia H (2008)	Ghasemia H (2009)	Grembowsky D (1990)	Kallestål C (1999)	Kay E J (2003)
Justificação da questão de pesquisa	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	não claro	sim	não	sim
Explícita questão de pesquisa	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	não claro	não claro	não	não
Clareza nos objetivos do estudo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não claro	não
Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados	sim	sim	não	sim	sim	não	não	não	sim	não	não
Método de administração do questionário	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Localização e data	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Métodos sucientemente descritos para a replicação	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	não
Evidência de confiabilidade	não	sim	não	não	sim	sim	não	não	sim	não	não
Evidência de validade	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	sim	não
Método de verificação de entrada dos dados	não	não	não	não claro	não	não	não	não	sim	não	não claro
Uso de codificação	não	não	não	não	não	não	não	sim	sim	sim	sim
Cálculo do tamanho da amostra	não	sim	não	não	sim	não	não	não	sim	não	não
Representatividade da amostra	não	sim	não claro	não claro	sim	não	não	não	sim	sim	sim
Método de seleção da amostra	não	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim
Descrição da população da amostra	não	sim	não claro	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Descrição da ferramenta de pesquisa	não	sim	não	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	não
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	não	não	não	sim	não	sim	não	não	sim	sim	não
Pré-teste do instrumento	não	sim	não	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	não
Instrumento de confiabilidade e validade	não	não	não	não	não	sim	não	não	sim	sim	não
Método de pontuação	não	não	não	sim	não	não	não	sim	sim	sim	sim
Consentimento	sim	sim	não	não	sim	não	não	não	não	não	não
Aprovação ética da pesquisa	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	não	não
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	não	sim	não	não	sim	não	não	não	não	não	não

Continuação:

	Milgrom P (1988)	Moon H (1988)	Murtomaa H (1988)	Nuca C I (2011)	Pine M C (2004)	Pourat N (2012)	Razaktf I A (1994)	Riley RL (2011)	Riley RL (2011)	Riley RL (2011)	Rock W. P (1974)
Justificação da questão de pesquisa	sim	não	sim	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	sim
Explícita questão de pesquisa	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Clareza nos objetivos do estudo	sim	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	sim	sim	sim
Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados	sim	não	sim	não	não	sim	não	sim	sim	sim	sim
Método de administração do questionário	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Localização e data	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	sim
Métodos sucientemente descritos para a replicação	não	não	não	não	não	não	não	não	não	sim	sim
Evidência de confiabilidade	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	sim	sim
Evidência de validade	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Método de verificação de entrada dos dados	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não	não
Uso de codificação	não	não	sim	sim	sim	não	não	não	sim	sim	sim
Cálculo do tamanho da amostra	não	não	não	sim	não	não	não	não	não	não	não
Representatividade da amostra	não claro	não	não	sim	não claro	não claro	sim	não	não	não	não
Método de seleção da amostra	sim	sim	sim	sim	não	não claro	sim	sim	sim	sim	sim
Descrição da população da amostra	sim	sim	sim	sim	não	não	sim	não	sim	sim	sim
Descrição da ferramenta de pesquisa	sim	não	não	não	não	sim	não	sim	não	sim	não
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	não	não
Pré-teste do instrumento	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	sim	não
Instrumento de confiabilidade e validade	não	sim	não	não	não	não	não	não	não	sim	não
Método de pontuação	não	não	sim	sim	não	não	não	não	sim	sim	sim
Consentimento	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	sim
Aprovação ética da pesquisa	sim	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	sim
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	não	sim

Continuação:

	Serrano A G (1990)	Sesma N (2006)	Silva R P (2006)	Tomlinson P (2006)	Tryon F (1974)	Tseveenjava B (2005)	Tseveenjava M (2004)				
Justificação da questão de pesquisa	não	não claro	sim	sim	sim	sim	sim				
Explícita questão de pesquisa	não	sim	sim	sim	sim	sim	sim				
Clareza nos objetivos do estudo	sim	sim	sim	sim	não claro	sim	sim				
Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados	não	não	sim	sim	não	sim	sim				
Método de administração do questionário	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				
Localização e data	sim	sim	sim	sim	sim	sim	não				
Métodos sucientemente descritos para a replicação	não	não	não	não	não	não	não				
Evidência de confiabilidade	não	sim	não	não	não	não	não				
Evidência de validade	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim				
Método de verificação de entrada dos dados	não	não	não	não	não claro	não	não				
Uso de codificação	sim	sim	não	sim	não	sim	não				
Cálculo do tamanho da amostra	não	não	não	não	não	não	não				
Representatividade da amostra	sim	não	sim	sim	não claro	não claro	não claro				
Método de seleção da amostra	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				
Descrição da população da amostra	sim	não	sim	sim	não	sim	sim				
Descrição da ferramenta de pesquisa	sim	não claro	não	sim	não claro	não claro	sim				
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	não	sim	sim	não	não	não	não				
Pré-teste do instrumento	sim	sim	não	sim	sim	não claro	não				
Instrumento de confiabilidade e validade	sim	sim	não	não	não	sim	não				
Método de pontuação	sim	sim	não	não	sim	sim	não				
Consentimento	não	sim	não	sim	não	não	não				
Aprovação ética da pesquisa	não	sim	não	não	não	não	não				
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	não	sim	não	não	não	não	não				

