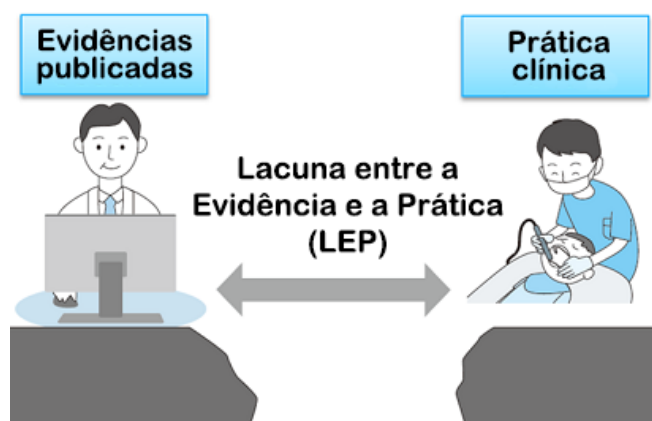


## O que é a Lacuna entre a Evidência e a Prática (LEP)?

A prática baseada em evidências é definida como o uso consciente, explícito e criterioso das melhores e mais recentes evidências ao tomar decisão de cuidados para cada paciente. Entretanto, sempre existe uma lacuna entre as evidências científicas e a prática clínica real, a qual é denominada "lacuna entre a evidência e a prática (LEP)". Um estudo prévio relatou que 55%, 54% e 56% dos pacientes receberam, respectivamente, os cuidados preventivos, agudos e crônicos recomendados (Mcglynn et al., N. Engl. J. Med. 2003). Na odontologia, foi demonstrada a existência de uma LEP em cerca de 40% dos casos de tratamento da cárie dentária, tanto no Japão quanto nos Estados Unidos, e melhorar a questão da LEP é uma prioridade internacional. Contudo, as causas e os mecanismos de ocorrência de LEP na prática odontológica ainda não foram identificados.



Primeiramente, na próxima seção, apresentamos três casos nos quais considera-se que tenha ocorrido uma LEP. Ficaremos muito contentes se você puder responder a cada uma das três perguntas e depois ler nosso comentário sobre elas.

Se você já leu o texto acima, assinale o quadrado à esquerda e clique em "Avançar".

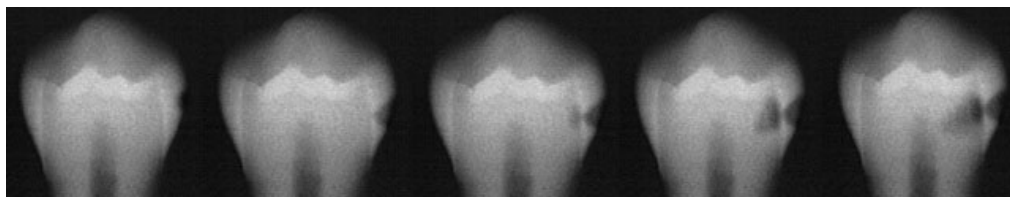
Voltar

Avançar

Leia o cenário e responda à Pergunta 1.

**[Cenário]**

A paciente é uma mulher de 30 anos de idade, sem histórico clínico relevante. Ela não tem queixas e veio ao seu consultório hoje para uma consulta de rotina. Ela tem frequentado seu consultório regularmente nos últimos 6 anos. Exceto pelos dentes nas fotos abaixo, a paciente não tem restaurações dentárias, cáries dentárias, nem dentes ausentes.



Caso 1

Caso 2

Caso 3

Caso 4

Caso 5

Espelid et al. 1997

Pergunta 1: Em que profundidade de lesão você considera melhor migrar da terapia preventiva para uma restauração permanente (por ex., resina composta)? Escolha a alternativa que seja mais adequada à sua opinião entre as 5 fotos acima.

<input type="radio"/>	Caso 1
<input type="radio"/>	Caso 2
<input type="radio"/>	Caso 3
<input type="radio"/>	Caso 4
<input type="radio"/>	Caso 5

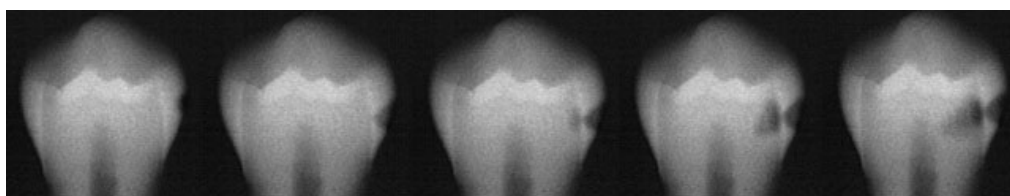
Voltar

Avançar

## Comentário sobre a Pergunta 1

### [Cenário]

A paciente é uma mulher de 30 anos de idade, sem histórico clínico relevante. Ela não tem queixas e veio ao seu consultório hoje para uma consulta de rotina. Ela tem frequentado seu consultório regularmente nos últimos 6 anos. Exceto pelos dentes nas fotos abaixo, a paciente não tem restaurações dentárias, cáries dentárias, nem dentes ausentes.



Espelid et al. 1997

Caso 1      Caso 2      Caso 3      Caso 4      Caso 5

Essa pergunta pede que você escolha, entre as cinco imagens radiográficas que indicam a progressão gradual de uma lesão cáriosa proximal, aquela que corresponde à profundidade da lesão na qual você considera que seja melhor se fazer uma restauração permanente (com resina composta, por exemplo). As imagens radiográficas dos Casos 1 e 2 nessa Pergunta indicam lesões de cárie confinadas ao esmalte.

Nos seis itens para o manejo da cárie dentária, segundo a Odontologia Minimamente Invasiva (OMI) (FDI, 2016)<sup>1</sup>, é recomendado tentar remineralizar o esmalte desmineralizado. As diretrizes clínicas da Sociedade Japonesa de Odontologia Conservadora<sup>2</sup> para tratamento da cárie divulgaram recomendações em resposta à seguinte questão clínica.

<Questão clínica> Quanto a cárie precisa progredir antes que seja indicado o preparo cavitário?  
 <Recomendação> Uma restauração é indicada sempre que os seguintes achados são observados. A intervenção deve ser realizada imediatamente se mais de um dos achados for evidente (Nível VI<sup>3-7</sup>). (Grau de recomendação B)

- (1) Uma cavidade é detectada visualmente depois de limpar e secar o dente.
- (2) Existe dor ou desconforto desencadeados por água fria ou pela impacção de alimentos.
- (3) A aparência é inaceitável.
- (4) As radiografias revelam a penetração de lesões em mais de um terço da dentina.
- (5) O paciente tem alto risco de cárie.

O achado n.º 4 nas recomendações acima indica que o preparo cavitário deve ser realizado quando “as radiografias revelarem lesões penetrando mais de um terço da dentina”. Além disso, presume-se que o paciente nesse cenário possa ter baixo risco de cárie. No estágio das lesões de cárie em esmalte observadas nos Casos 1 e 2 dessa pergunta, a estratégia terapêutica desejável pode ser, em vez da realização de intervenção restauradora, a observação da evolução pelo emprego de medidas preventivas e reavaliações regulares, a menos que exista um motivo especial, como um transtorno estético que exija intervenção.

Resultados de uma comparação internacional entre os EUA e o Japão

Os resultados de uma comparação dos estudos prévios<sup>8,9</sup> conduzidos nos EUA e no Japão são descritos na tabela abaixo.

	Japão Concordância (2017)	EUA (Rede Nacional de Pesquisa Baseada na Prática Odontológica, clínicos) Concordância (2009)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virginia, membros do corpo docente) Concordância (2014)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virginia, alunos) Concordância (2014)
P1	53% (109/206)	51% (297/588)	72% (28/39)	35% (27/77)

Esses resultados sugerem que, tanto nos EUA quanto no Japão, existe uma LEP nas estratégias de tratamento para as lesões de cárie em esmalte, indicando que há espaço para aprimoramento. Innes et al.<sup>10</sup> conduziram uma metanálise em 2017, integrando os resultados de estudos prévios em 17 países e relataram que a proporção de dentistas que optaram por intervenções restauradoras foi de 21% para as lesões cariosas proximais confinadas ao esmalte e de 48% para as lesões proximais que se estendiam até a junção amelodentinária. Os autores concluíram, portanto, que intervenções restauradoras são realizadas internacionalmente no tratamento de lesões cariosas precoces e sugerem que o tratamento excessivo precisa ser reduzido.

#### [Referências]

1. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on Minimal Intervention Dentistry (MID) for managing dental caries: Adopted by the General Assembly: September 2016, Poznan, Poland. *Int Dent J* 2017;67:6-7.
2. Momoi Y, Hayashi M, Fujitani M, Fukushima M, Imazato S, Kubo S, Nikaido T, Shimizu A, Unemori M, Yamaki C. Clinical guidelines for treating caries in adults following a minimal intervention policy--evidence and consensus based report. *J Dent* 2012;40:95-105.
3. Foster LV. Three year in vivo investigation to determine the progression of approximal primary carious lesions extending into dentine. *Br Dent J* 1998;185:353-357.
4. Igarashi K, Ohyama A, Sasaki Y, Traoka K, Toyoshima Y, Nomura Y, et al. Evidence-based approach to restorative treatment decisions on early caries. *Dental Outlook* 2000;95: pp. 56-64 [in Japanese].
5. Traebert J, Marcenes W, Kreutz JV, Oliveira R, Piazza CH, Peres MA. Brazilian dentists' restorative treatment decisions. *Oral Health Prev Dent* 2005;3:53-60.
6. Espelid I, Tveit AB, Mejare I, Sundberg H, Hallonsten AL. Restorative treatment decisions on occlusal caries in Scandinavia. *Acta Odontol Scand* 2001;59:21-27.
7. Mejare I, Sundberg H, Espelid I, Tveit B. Caries assessment and restorative treatment thresholds reported by Swedish dentists. *Acta Odontol Scand* 1999;57:149-154.
8. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc* 2014;145:22-31.
9. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. *J Evid Based Dent Pract* 2017;17:169-176.
10. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res* 2017;96:501-508.

Se você já leu o texto acima, assinale o quadrado à esquerda e clique em "Avançar"

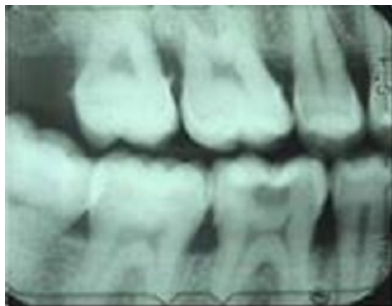
Voltar

Avançar

Leia o cenário e responda à Pergunta 2.

**[Cenário: paciente com lesões de cárie profundas]**

O paciente Eduardo é um homem de 25 anos de idade com uma cavitação visível na dentina da fossa central do dente 46 (primeiro molar inferior direito). No geral, o paciente Eduardo tem apenas duas lesões em esmalte nas faces lisas, além da lesão no dente 46, a qual a radiografia interproximal indica ser profunda. O dente responde ao frio e a dor dura menos de 3 segundos. A radiografia interproximal do dente 46 é mostrada abaixo.



Reproduzida com permissão do Practice Impact Questionnaire (Questionário de Impacto sobre a Prática)

**Pergunta 2:** Ao abrir o dente e durante a remoção da cárie, você percebe que a lesão é mais profunda do que o previsto e pode envolver o corno pulpar mesiovestibular. Nessa situação, o que geralmente você faria?

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Continuaria e removeria toda a cárie.  |
| <input type="radio"/> | Pararia de remover a cárie próxima ao corno pulpar e a removeria de outro local. |
| <input type="radio"/> | Faria um tratamento endodôntico ou encaminharia para um endodontista.            |

Voltar

Avançar

## Comentário sobre a Pergunta 2

### [Cenário: paciente com lesões de cárie profundas]

O paciente Eduardo é um homem de 25 anos de idade com uma cavitação visível na dentina da fossa central do dente 46 (primeiro molar inferior direito). No geral, o paciente Eduardo tem apenas duas lesões em esmalte nas faces lisas, além da lesão no dente 46, a qual a radiografia interproximal indica ser profunda. O dente responde ao frio e a dor dura menos de 3 segundos. A radiografia interproximal do dente 46 é mostrada abaixo.



Reproduzida com permissão do Practice Impact Questionnaire (Questionário de Impacto sobre a Prática)

Essa pergunta pede que você escolha uma das opções (ou seja, “remoção gradual de cárie/remoção seletiva de cárie”, “remoção não seletiva de cárie” ou “tratamento endodôntico”) quando a lesão cariosa está tão profunda que sua remoção em uma intervenção única poderia resultar em exposição pulpar.

Esse paciente sofre de pulpite leve e os sintomas da polpa podem ser reversíveis. Com base na política de OMI (Odontologia Minimamente Invasiva) proposta pela FDI<sup>1</sup>, não é adequado escolher “tratamento endodôntico” como tratamento de primeira linha.

A seguir, vamos discutir a “remoção gradual/remoção seletiva de cárie” e a “remoção não seletiva” de cárie. Um artigo sobre ensaios controlados randomizados desenvolvido por Bjørndal et al.<sup>2</sup> em 2017 comparou o sucesso clínico entre a “remoção gradual” e a “remoção não seletiva” nas lesões cariosas identificadas radiograficamente estendendo-se a três quartos ou mais da dentina. A “remoção gradual” foi associada com menor probabilidade de exposição pulpar e, além disso, ofereceu uma taxa de sucesso aproximadamente 14% mais elevada (conforme avaliada pela radiolucidez apical e pela presença ou ausência de reação pulpar).

Em uma Revisão Sistemática da Base de Dados Cochrane<sup>3</sup> publicada em 2013, uma metanálise que comparou a “remoção gradual” com a “remoção não seletiva” nos dentes permanentes demonstrou que o risco de exposição pulpar foi 49% menor com o uso da “remoção gradual” em comparação com a “remoção não seletiva”. Nos casos sem exposição pulpar, não foi observada diferença significativa entre as duas técnicas em termos das taxas de incidência dos sintomas pulpares pós-operatórios.

Com relação à “remoção seletiva de cárie”, que não requer a reabertura da cavidade, uma meta-análise divulgada em 2020 por Barros et al.<sup>4</sup> demonstrou que a “remoção seletiva de cárie” também tinha uma taxa de sucesso significativamente mais alta do que a “remoção não seletiva” (RR: 1,09 [1,02-1,17]). Além disso, uma Revisão Sistemática da Base de Dados Cochrane<sup>5</sup> publicada em 2021 concluiu que tanto a “remoção seletiva de cárie” quanto a “remoção gradual” tinham taxas de sucesso mais altas do que a “remoção não seletiva” [OR (IC de 95%): 11,32 (1,97-65,02) e 2,06 (1,34-3,17), respectivamente].

Portanto, com base no conceito da OMI, é desejável realizar a “remoção gradual de cárie” ou a “remoção seletiva de cárie” nos pacientes nos quais a remoção dela possa levar à exposição pulpar.

Resultados de uma comparação internacional entre os EUA e o Japão

Os resultados de uma comparação dos estudos prévios<sup>6,7</sup> conduzidos nos EUA e no Japão são descritos na tabela abaixo.

Japão Concordância (2017)	EUA (Rede Nacional de Pesquisa Baseada na Prática Odontológica, clínicos) Concordância (2009)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virgínia, membros do corpo docente)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virgínia, alunos) Concordância (2014)
---------------------------------	--	--	---

			Concordância (2014)	
P2	54% (112/206)	33% (190/578)	53% (20/38)	32% (26/81)

Esses resultados indicam que existe uma lacuna entre a evidência e a prática nas estratégias de tratamento para as lesões de cárie profundas tanto nos EUA quanto no Japão.

[Referências]

1. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on Minimal Intervention Dentistry (MID) for managing dental caries: Adopted by the General Assembly: September 2016, Poznan, Poland. *Int Dent J* 2017;67:6-7.
2. Bjørndal L, Fransson H, Bruun G, Markvart M, Kjældgaard M, Näsman P, Hedenbjörk-Lager A, Dige I, Thordrup M. Randomized Clinical Trials on Deep Carious Lesions: 5-Year Follow-up. *J Dent Res* 2017;96:747-753.
3. Ricketts D, Lamont T, Innes NP, Kidd E, Clarkson JE. Operative caries management in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2013:CD003808.
4. Barros MMAF, De Queiroz Rodrigues MI, Muniz FWMG, Rodrigues LKA. Selective, stepwise, or nonselective removal of carious tissue: which technique offers lower risk for the treatment of dental caries in permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2020;24:521-532.
5. Schwendicke F, Walsh T, Lamont T, Al-Yaseen W, Bjørndal L, Clarkson JE, Fontana M, Gomez Rossi J, Göstemeyer G, Levey C, Müller A, Ricketts D, Robertson M, Santamaria RM, Innes NP. Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. *Cochrane Database Syst Rev* 2021:CD013039.
6. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc* 2014;145:22-31.
7. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. *J Evid Based Dent Pract* 2017;17:169-176.

Se você já leu o texto acima, assinale o quadrado à esquerda e clique em "Avançar"

Voltar

Avançar

Por favor, responda à Pergunta 3

**P3. Você avalia de alguma forma o risco de cárie para cada paciente?**

<input type="radio"/>	SIM (Se respondeu SIM, especifique como você avalia o risco de cárie.) <input type="text"/>
<input type="radio"/>	NÃO

Voltar

Avançar



### Comentário sobre a Pergunta 3

P3. Você avalia de alguma forma o risco de cárie para cada paciente?

SIM (Se respondeu SIM, especifique como você avalia o risco de cárie.)
NÃO

Esta pergunta pede que você determine se avalia o risco de cárie. A avaliação do risco de cárie não consiste apenas do teste da saliva, mas também de uma avaliação abrangente das lesões de cárie em cada paciente. A título de exemplo, a American Dental Association (Associação Odontológica Americana, ADA) propôs os 19 itens listados abaixo para a avaliação do risco de cárie<sup>1</sup>.

1. Lesões de cárie ativas nos 12 meses anteriores	11. Tratamento ortodôntico ativo
2. Altas concentrações de bactérias cariogênicas	12. Cuidados odontológicos irregulares
3. Higiene oral inadequada	13. Exposição ao fluoreto abaixo da ideal
4. Abuso de drogas/álcool	14. Defeitos de esmalte, de desenvolvimento ou adquiridos
5. Saúde dental familiar inadequada	15. Amamentação prolongada (mamadeira ou peito)
6. Dieta cariogênica	16. Presença de superfícies radiculares expostas
7. Anormalidade genética dos dentes	17. Excesso de material restaurador e falta de ponto de contato
8. Muitas restaurações envolvendo múltiplas faces	18. Deficiência física ou mental, com incapacidade ou indisponibilidade de realizar os cuidados de saúde oral adequados
9. Quimioterapia ou radioterapia na região de cabeça/pescoço	19. Xerostomia (induzida por medicamento, radiação ou doença)
10. Transtornos alimentares	

Estudos prévios relacionados ao risco de cárie<sup>2-4</sup> demonstraram que a avaliação do risco de cárie em cada paciente é eficaz para prever a “ocorrência futura de cáries” ou a “progressão das cáries existentes”. Além disso, foi relatado que a avaliação do risco de cárie é eficaz para prever não apenas as cáries coronárias em crianças e adultos, mas também as cáries radiculares em idosos<sup>5</sup>.

Portanto, considera-se desejável a realização de algum tipo de avaliação abrangente do risco de cárie em cada paciente no diagnóstico e no tratamento da cárie dentária.

Para sua referência, as principais ferramentas de avaliação abrangente para o risco de cárie que estão disponíveis internacionalmente são listadas abaixo<sup>2</sup>.

- 1) Formulário de Avaliação do Risco de Cárie (American Dental Association: ADA)
- 2) CAT (Ferramenta de Avaliação do Risco de Cárie) (American Academy of Pediatric Dentistry: AAPD)
- 3) CAMBRA (Manejo da Cárie por Avaliação do Risco)
- 4) Cariograma
- 5) Modelo Dundee de Avaliação do Risco de Cárie (DCRAM)

Resultados de uma comparação internacional entre os EUA e o Japão

Os resultados de comparações prévias<sup>6,7</sup> conduzidas nos EUA e no Japão são descritos na tabela abaixo.

Japão Concordância (2017)	EUA (Rede Nacional de Pesquisa Baseada na Prática Odontológica, clínicos) Concordância (2009)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virginia, membros do corpo docente) Concordância (2014)	EUA (Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado da Virginia, alunos) Concordância (2014)
---------------------------------	--	---	---

P3	51% (106/206)	85% (463/545)	90% (35/39)	96% (80/83)
----	------------------	------------------	----------------	----------------

Esses resultados da comparação entre os EUA e o Japão indicam que a concordância relacionada à avaliação do risco de cárie é mais elevada nos EUA do que no Japão. Portanto, sugere-se que a avaliação do risco de cárie tenha alta probabilidade de precisar de aprimoramento no Japão.

**[Referências]**

1. Guidelines for fluoride application by the American Dental Association (ADA): [http://ebd.ada.org/~media/EBD/Files/ADA\\_Evidence-based\\_Topical\\_Fluoride\\_Chairside\\_Guide.pdf?la=en](http://ebd.ada.org/~media/EBD/Files/ADA_Evidence-based_Topical_Fluoride_Chairside_Guide.pdf?la=en)
2. Fontana M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. *Pediatr Dent* 2015;37:217-225.
3. Chaffee BW, Featherstone JD, Gansky SA, Cheng J, Zhan L. Caries Risk Assessment Item Importance: Risk Designation and Caries Status in Children under Age 6. *JDR Clin Trans Res* 2016;1:131-142.
4. Chaffee BW, Cheng J, Featherstone JD. Baseline caries risk assessment as a predictor of caries incidence. *J Dent* 2015;43:518-524.
5. Hayes M, Da Mata C, McKenna G, Burke FM, Allen PF. Evaluation of the Cariogram for root caries prediction. *J Dent* 2017;62:25-30.
6. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc* 2014;145:22-31.
7. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. *J Evid Based Dent Pract* 2017;17:169-176.

Se você já leu o texto acima, assinale o quadrado à esquerda e clique em "Avançar".

Voltar

Avançar

## Pergunta: Com relação ao mecanismo de ocorrência da Lacuna entre a Evidência e a Prática (LEP)

Para cada um dos 20 itens abaixo, escolha a opção que melhor se aplica à possível causa de LEP.

5: concordo plenamente, 4: concordo, 3: nem concordo nem discordo, 2: discordo, 1: discordo totalmente

	5	4	3	2	1
1. Conhecimento insuficiente sobre como obter evidências como diretrizes, artigos científicos, entre outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Conhecimento insuficiente sobre como avaliar a qualidade dos artigos científicos ou o nível de evidência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Relatos de casos insuficientes, nos quais a odontologia baseada em evidências (OBE) é aplicada à prática clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Oportunidades insuficientes de aprender sobre as evidências no ensino de odontologia nas universidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Oportunidades insuficientes de aprender sobre as evidências depois da graduação nas universidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. As informações baseadas em imagens e os dispositivos usados para o diagnóstico variam de um dentista para outro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. As opiniões próprias dos dentistas, ocasionalmente, são priorizadas, em detrimento das evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As experiências próprias dos dentistas, ocasionalmente, são priorizadas, em detrimento das evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mesmo dentistas que compreendem as evidências querem evitar o risco associado às mudanças nos métodos de tratamento que vêm usando até então.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os dentistas não têm tempo suficiente para se manterem atualizados sobre as evidências em outras áreas além da sua própria área de especialização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Algumas vezes, os tratamentos baseados em evidências não são cobertos pelo sistema de seguro odontológico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tempo insuficiente para explicar em detalhes e fazer o paciente compreender uma estratégia de tratamento baseada em evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Os lucros da prática odontológica, ocasionalmente, são priorizados, em detrimento das evidências, ao decidir a estratégia de tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Considerando a reputação da clínica, mesmo métodos não baseados em evidências podem ser usados para garantir que sintomas como a dor sejam removidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O país e a sociedade como um todo não reconhecem a importância da OBE.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. O tratamento baseado em evidências nem sempre está de acordo com a necessidade do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. O sobretratamento potencial pode ser uma preocupação para pacientes que não fazem consultas regulares para reavaliações dentárias; nesses pacientes, não pode ser realizada uma observação de acompanhamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Evidências insuficientes para selecionar tratamentos que levem em conta o histórico individual do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. O tratamento baseado em evidências não pode ser proposto para pacientes que não tenham boa compreensão das evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Dependendo do paciente, as evidências nem sempre podem ser priorizadas, pois o tratamento nem sempre se desenvolve sem intercorrências, como indicado pelas evidências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Além dos 20 itens acima, existe alguma outra razão pela qual ocorre uma LEP?

<input type="radio"/>	SIM (Se você respondeu SIM, especifique)	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	NÃO	

Voltar

Avançar

## Pergunta: Com relação ao mecanismo de ocorrência da Lacuna entre a Evidência e a Prática (LEP)

1. Você pessoalmente toma alguma medida para reduzir a LEP durante sua prática clínica diária?

<input type="radio"/>	SIM (Se respondeu SIM, especifique como você reduz a LEP)
<input type="radio"/>	NÃO

2. Existe algo que você gostaria de pedir para a sociedade (por ex., governo federal, universidades, sociedades científicas, associações de classe relacionadas à odontologia) fazer para melhorar a LEP no seu país?

<input type="radio"/>	SIM (Se você respondeu SIM, especifique)
<input type="radio"/>	NÃO

Voltar

Avançar

## Pergunta

Responda às perguntas a seguir sobre seus dados pessoais.

### P1. Idade (anos)

### P2. Ano em que você se formou na faculdade de odontologia

 Ano (no calendário ocidental: por ex., 1990)

### P3. Sexo

<input type="radio"/>	Masculino
<input type="radio"/>	Feminino

### P4. Qual das seguintes opções descreve melhor sua atuação profissional?

<input type="radio"/>	Empregado por outro dentista
<input type="radio"/>	Autônomo, sem sócios e sem compartilhar renda, custos ou espaço do consultório (um tipo de prática individual)
<input type="radio"/>	Autônomo, sem sócios, mas compartilhando os custos do consultório e/ou assistentes, entre outros (mas sem acordos de divisão da renda; outro tipo de prática individual)
<input type="radio"/>	Autônomo, como sócio de uma sociedade completa (compartilhando a renda e as despesas)
<input type="radio"/>	Empregado pelo serviço público de assistência odontológica
<input type="radio"/>	Outra (favor especificar)
	<input type="text"/>

### P5. Qual das seguintes opções descreve melhor sua atuação prática durante os últimos 12 meses?

<input type="radio"/>	Ocupado demais para tratar todas as pessoas que queriam marcar consulta
<input type="radio"/>	Tratei todas as pessoas que marcaram consultas, mas o atendimento ficou sobrecarregado
<input type="radio"/>	Tratei todas as pessoas que marcaram consultas e o atendimento não ficou sobrecarregado
<input type="radio"/>	Insuficientemente ocupado; a clínica poderia ter prestado atendimento a mais pacientes

### P6. Área de especialização (Assinale todas que se aplicarem)

<input type="checkbox"/>	Nenhuma
<input type="checkbox"/>	Dentística
<input type="checkbox"/>	Prótese dentária
<input type="checkbox"/>	Endodontia
<input type="checkbox"/>	Periodontia
<input type="checkbox"/>	Ortodontia
<input type="checkbox"/>	Odontopediatria
<input type="checkbox"/>	Cirurgia oral
<input type="checkbox"/>	Medicina oral
<input type="checkbox"/>	Outras (Favor especificar)
	<input type="text"/>

**P7. País onde sua clínica (local de trabalho) está situada**

**P8. Nome da cidade onde sua clínica (local de trabalho) está situada**

Voltar

Avançar

## Pergunta

Quando você busca responder a uma questão que surja na sua prática clínica, com que frequência você usa as fontes listadas abaixo para obter as informações necessárias? (Para cada item, escolha um que melhor se aplica ao seu caso.)

4: frequentemente, 3: às vezes, 2: raramente, 1: nunca

	4	3	2	1
1. Colega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Livro acadêmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Revista não acadêmica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fontes de informação da internet (por ex., sites, blogs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Artigos em revistas científicas publicados em outros idiomas que não o inglês	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Artigos em revistas científicas publicados em inglês	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diretrizes de Prática Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seminários e workshops	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilize o espaço abaixo para compartilhar livremente seus comentários, opiniões ou impressões.

O questionário está concluído. Clique no botão [Enviar] para finalizar sua resposta.

Voltar

Enviar