



REPORTES DE CONSENSO E DIRETRIZES PARA A PRÁTICA CLÍNICA - HÁ DIFERENÇA NAS RECOMENDAÇÕES?

LETÍCIA UCKER ARANALDE¹; THAIS MAZZETTI²; GODEC INITIATIVE³;
MAXIMILIANO SERGIO CENCI⁴; FRANÇOISE HÉLÈNE VAN-DE-SANDE⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – leticia.aranalde@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – thmazzetti@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – godec@ufpel.edu.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – cencims@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – fvandesande@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tomada de decisão clínica deve estar apoiada em evidências que forneçam abordagens para os cuidados com a saúde bucal que seguem um processo de coleta e análise sistemática de evidências científicas (ISMAIL; BADER, 2004). No entanto, a formulação de diretrizes ou recomendações para a prática clínica pode variar de acordo com as evidências disponíveis e a metodologia utilizada.

O método de desenvolvimento de uma diretriz de prática clínica passa por uma série de etapas, pois as evidências devem ser estruturadas em processos sistemáticos para evitar ou minimizar os potenciais vieses, e assim, deve apresentar obrigatoriamente a sua fundamentação, metodologia utilizada, análise crítica da literatura, análise dos níveis de evidência e o seu grau de recomendação. Além disso, deve prever a estratégia e acompanhamento de sua implementação (RIBEIRO, 2010). Um guia de desenvolvimento e avaliação importante é o GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que fornece informações detalhadas para construção de diretrizes de prática clínica (SCHÜNEMANN et al., 2013).

Um reporte de consenso – “*consensus statement*”, é desenvolvido a partir de revisões sistemáticas e opiniões de especialistas relevantes da área com ampla experiência, que em conjunto, elaboram recomendações para orientar a prática clínica sobre determinado assunto (RAVESLOOT et al., 2019). Uma das ferramentas utilizadas é a metodologia Delphi que consiste em uma técnica de pesquisa qualitativa que busca por um consenso de opinião de um grupo de especialistas por meio de questionários. O método caracteriza-se pelo anonimato das respostas e pela aplicação dos questionários (DIAS, 2007).

O objetivo deste trabalho é avaliar comparativamente recomendações provenientes de consenso de especialistas e de uma diretriz de prática clínica, com o intuito de identificar se existe um impacto das diferenças metodológicas nas recomendações geradas.

2. METODOLOGIA

Para análise comparativa de recomendações geradas por reporte de consenso *versus* diretriz de prática clínica, a busca inicial foi realizada diretamente em instituições que desenvolvem diretrizes de prática clínica.

A partir da seleção da diretriz, a segunda busca foi realizada na plataforma PubMed, para identificar reportes de consenso elegíveis para comparação. Os critérios de elegibilidade foram: escopo semelhante, conter perguntas/respostas para problemas clínicos similares; população alvo similar, e a diferença da data de publicação não poderia ultrapassar três anos. A extração de dados para a



avaliação qualitativa foi organizada em três eixos: estrutura de perguntas; estrutura de respostas; e estrutura dos níveis de evidência e recomendação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Selecionou-se uma diretriz de prática clínica sobre tratamento não restaurador para lesões de cárie (*Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions - A report from the American Dental Association*, SLAYTON et al., 2018) da Associação Dentária Americana (ADA)

Foram encontrados cinco reportes de consenso de escopo semelhante, e após leitura, um reporte de consenso sobre como intervir no processo cárie em crianças foi selecionado (*How to Intervene in the Caries Process in Children: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement*, SPLIETH et al., 2020).

No Quadro 1, pode-se observar que a estrutura das perguntas difere bastante, na diretriz, com perguntas direcionadas e específicas, e no consenso de forma mais ampla. Consequentemente, as respostas originadas (Quadro 2) na diretriz são bem específicas, neste exemplo, apontando objetivamente e ordenadamente às orientações de tratamento/materiais, além de informar a periodicidade de aplicação. Enquanto o consenso abordou as recomendações dividindo em preventivas e de tratamento microinvasivos, resultando em uma série de recomendações mais genéricas.

Diretriz de Prática Clínica
Para interromper ou reverter lesões de cárie coronais não cavitadas em dentes permanentes , devemos recomendar NaF, fluoreto estanhoso, flúor fosfato acidulado (APF), difluorsilano, fluoreto de amônio, polióis, clorexidina, fosfato de cálcio, fosfato de cálcio amorfo (ACP), fosfopeptídeo de caseína (CPP) e ACP, nano-hidroxiapatita, fosfato tricálcico ou prebióticos com ou sem 1,5% de arginina, probióticos, SDF, nitrato de prata, lasers, infiltração de resina, selantes, bicarbonato de sódio, hidróxido de cálcio ou peróxido de carbamida?
A) Lesões não cavitadas em superfícies oclusais
Reporte de Consenso
Como intervir em crianças (e adolescentes) com lesões oclusais de cárie em dentes permanentes ?

Quadro 1. Exemplo de estrutura de perguntas extraídas da Diretriz de Prática Clínica e do Reporte de Consenso.

Diretriz de Prática Clínica
A) Recomenda-se o uso de selantes mais verniz NaF 5% (3-6 meses) ou selantes sozinhos sobre verniz de NaF a 5% (3-6 meses), gel de APF a 1,23% (cada 3-6 meses), ou NaF 0,2% enxaguatório bucal (uma vez por semana).
Reporte de Consenso
Recomendações preventivas: a) A primeira abordagem para prevenir cáries oclusais em molares permanentes e pré-molares deve ser escovando com creme dental fluoretado (>1000ppm). b) Deve haver um foco específico em alcançar as superfícies oclusais nos pré-molares e molares permanentes em erupção ao escovar enquanto eles estão abaixo do plano oclusal. c) Aplicações adicionais de verniz de flúor preventivo ou uso de géis de flúor é aconselhável para dentes, indivíduos, grupos ou populações com maior risco de cárie . Recomendações de tratamento microinvasivo: d) Devido ao custo elevado, os selantes preventivos são especialmente recomendados para dentes, indivíduos, grupos ou populações com maior risco de cárie , atividade ou



prevalência.

e) Os **selantes preventivos** devem ser colocados com resina composta de baixa viscosidade. Para dentes durante a erupção e problemas com controle de umidade, o cimento de ionômero de vidro pode ser usado.

f) Lesões de **cárie oclusal não cavitadas devem ser seladas se não puderem ser inativadas**.

g) Para interromper lesões de cárie **não cavitadas em superfícies oclusais**, o **tratamento não operatório pode ser usado**.

Quadro 2. Exemplo de estrutura de respostas (referentes às perguntas do Quadro 1) da Diretriz de Prática Clínica e do Reporte de Consenso.

Comparando objetivamente a questão “intervenção em lesões de cárie não cavitadas em oclusais de dentes permanentes” a diretriz aponta para o uso de selante mais verniz, ou apenas selante (Quadro 2), com uma forte recomendação e nível de evidência moderado (Quadro 3); no consenso, as recomendações geradas são menos objetivas, e para esta questão estão presentes nos itens f - “devem ser seladas se não puderem ser inativadas” e g - “o tratamento não operatório pode ser usado”, ambas com força de recomendação classificada como fraca. Assim, observa-se uma diferença importante no teor das recomendações, mesmo para situações clínicas comparáveis. No entanto, os estudos primários e revisões utilizadas nestes dois estudos não foram analisados para permitir uma análise mais aprofundada destas diferenças, tanto na recomendação, como na força de recomendação.

Diretriz de Prática Clínica
A) Evidência de certeza moderada, forte recomendação .
Reporte de Consenso
Recomendações preventivas:
a) Força de recomendação: forte; consenso: concordância 87%, neutro 12%, discordância 0% *; mediana: 9; * ≠ 100% devido ao arredondamento.
b) Força de recomendação: fraca; consenso: concordância 91%, neutro 4%, discordância 4% *; mediana : 9; * ≠ 100% devido ao arredondamento.
c) Força de recomendação: moderada; consenso: concordância 87%, neutra 12%, discordância 0% *; mediana: 9; * ≠ 100% devido ao arredondamento.
Recomendações de tratamento microinvasivo:
d) Força de recomendação: moderada; consenso: concordância 95%, neutro 0%, discordância 5%; mediana: 9.
e) Força de recomendação: fraco; consenso: concordância 95%, neutro 0%, discordância 4% *; mediana: 10; * ≠ 100% devido ao arredondamento).
f) Força da recomendação: fraca ; consenso: concordância 83%, neutra 8%, discordância 8% *; mediana: 9; * ≠ 100% devido ao arredondamento).
g) Força de recomendação: fraca ; consenso: concordância de 88%, neutra de 8%, discordância de 4%; mediana: 9).

Quadro 3. Exemplo de estrutura de níveis de evidência (referentes às respostas do Quadro 2) da Diretriz de Prática Clínica e do Reporte de Consenso.

Outro ponto que pode ser constatado no quadro 3 é que o consenso de especialistas avalia a força de recomendação como forte, moderada ou fraca com base nas evidências científicas, e através de nível de concordância com votação da declaração sendo graduada de 1 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente), sendo, concordância (10-8), neutra (7-4) ou discondância (3-1) e após é calculada a mediana de todos os votos. Já a diretriz faz a classificação da qualidade da evidência em alto, moderado, baixo ou muito baixo, e faz a definição das recomendações em forte, condicionais ou fracas através de critérios pré-



estabelecidos na metodologia. Dessa forma pode se observar que a estrutura dos níveis de evidência difere bastante, na diretriz, com níveis direcionados de evidência e recomendação para cada questão, e no consenso, avaliando a força e considerando a opinião dos especialistas através do grau de concordância.

4. CONCLUSÕES

Embora tanto as diretrizes de prática clínica quanto os reportes de consenso de especialistas sejam baseados em evidências, diferenças nos processos metodológicos se refletem na elaboração das perguntas, podendo sim causar impacto nas recomendações geradas e na força das recomendações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ISMAIL, A.I., BADER, J.D. Evidence-based dentistry in clinical practice. **The Journal of the American Dental Association**, v.135, n.1, p.78-83, 2004.

RIBEIRO, R.C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade?. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.4, p.350-355, 2010.

SLAYTON, R.L. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions – A report from the American Dental Association. **The Journal of the American Dental Association**, v.149, p.837-849, 2018.

SPLIETH, C.H. How to Intervene in the Caries Process in Children: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement. **Caries Research**, v.1, p.1-9, 2020.

RAVESLOOT, M.J.L. Perioperative Care of Patients With Obstructive Sleep Apnea Undergoing Upper Airway Surgery: A Review and Consensus Recommendations. **JAMA Otolaryngol Head Neck Surg**, v.145, n.8, p.751-760, 2019.

DIAS, R.C.B. **MÉTODO DELPHI: Uma descrição de seus principais conceitos e características**. 2007. Monografia (Especialização em Pesquisa de Mercado em Comunicação). Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo.

SCHÜNEMANN, H. et al. **GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations**. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from guidelinedevelopment.org/handbook.