FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

**BEATRIZ BERNARDES AQUINO DE SOUZA SILVA**
**EDUARDA VASCONCELLOS BARBOSA**

# PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA:
## Adaptação e Implementação nas Clínicas com Atendimento Odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE)

Sete Lagoas/MG
2025

**BEATRIZ BERNARDES AQUINO DE SOUZA SILVA**
**EDUARDA VASCONCELLOS BARBOSA**

# PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA:
## Adaptação e Implementação nas Clínicas com Atendimento Odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE)

Monografia apresentada como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Orientadora: Profa. Ma. Diana Gaudereto

Sete Lagoas/MG
2025

FACSETE
FACULDADE SETE LAGOAS

BEATRIZ BERNARDES AQUINO DE SOUZA SILVA
EDUARDA VASCONCELLOS BARBOSA

# PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA: Adaptação e Implementação nas Clínicas com Atendimento Odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE)

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em 11 de dezembro de 2025.

Prof. (a) Diana Gaudereto Carvalho de Freitas
Orientador(a)
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Prof. (a) Pollyanna Moura Rodrigues Carneiro
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 11 de dezembro de 2025.

**AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, antes de tudo, à Deus, que foi fonte de força e serenidade em cada etapa deste percurso.

Nossa profunda gratidão às nossas colegas de curso, em especial Júlia e Kemelly, que tornaram esse processo mais leve e significativo. A convivência diária, as risadas, o apoio mútuo, as conquistas compartilhadas e até os desafios superados juntas foram fundamentais para chegarmos até aqui.

Aos professores, nosso sincero reconhecimento por todo conhecimento transmitido, pelas orientações e pelo comprometimento com nossa formação.

De maneira especial, agradecemos à nossa orientadora, Diana Gaudereto, cuja dedicação, paciência, sensibilidade, olhar atento e reflexões foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Te admiramos enquanto profissional e enquanto ser humano!

Estendemos ainda nossa gratidão à Pollyanna Carneiro, por sua alegria contagiante, seus ensinamentos valiosos, conselhos sempre acolhedores e pela motivação constante que tanto nos impulsionou durante nosso tempo juntas.

Aos nossos amigos, namorados e familiares, nosso agradecimento mais afetuoso. Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada gesto de apoio, pela compreensão nos momentos de ausência e, sobretudo, por acreditarem em nós.

Por fim, agradecemos a todos que, de alguma forma, contribuíram para que esta etapa fosse concluída com dedicação, aprendizado e muito crescimento pessoal e profissional!

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças bucais representam importantes desafios de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. No contexto odontopediátrico, as crianças são mais afetadas pelas lesões cariosas e pela gengivite, que impactam diretamente na qualidade de vida destas. Os pacientes mais suscetíveis ao desenvolvimento dessas condições são os que apresentam algum tipo de Defeito de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) e/ou deficiências. No entanto, os estudos sugerem que as visitas odontológicas precoces, aliadas ao estabelecimento de um plano de tratamento satisfatório com retornos às consultas em intervalos adequados, são capazes de prevenir a instalação e evolução de tais doenças. Diante disso, questiona-se qual deve ser a periodicidade ideal para o retorno dos pacientes às consultas, pois, como cada criança é única, os intervalos devem ser calculados de acordo com suas necessidades. O presente estudo pretendeu adaptar e implementar um protocolo de manutenção preventiva nas clínicas com atendimento odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE). Para a fundamentação teórica e consistência do estudo, foi realizada uma revisão de literatura utilizando capítulos de livros físicos e digitais e artigos científicos obtidos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, além de legislações e manuais eletrônicos disponibilizados nos sites de órgãos oficiais. Foram utilizadas palavras em português e inglês combinadas de forma estratégica para garantir a abrangência da busca, além de termos padronizados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). A elaboração do protocolo teve como etapas principais: levantamento de parâmetros técnicos e a adaptação e o agrupamento das informações. Já o processo de implementação envolveu: permissão, impressão e disponibilização, organização e identificação. Como resultado, foi elaborado e implementado o protocolo de manutenção preventiva nas clínicas com atendimento odontopediátrico da FACSETE. Concluiu-se que a elaboração e aplicação deste representam um avanço na qualificação dos cuidados prestados nas clínicas desta instituição de ensino. Ao contemplar critérios essenciais para a avaliação das doenças bucais mais prevalentes e orientar o cálculo da periodicidade de retorno, o protocolo permite que o aluno acompanhe de forma eficaz a saúde bucal do paciente, favorecendo a prevenção do surgimento de agravos ou o tratamento precoce quando necessário.



Palavras-chave: Exame Físico; Periodicidade; Criança; Cárie Dentária; Doença Periodontal.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization, oral diseases represent significant public health challenges in many countries, including Brazil. In the pediatric dentistry context, children are more affected by carious lesions and gingivitis, which directly impact their quality of life. Patients who are more susceptible to developing these conditions are those who present some type of Developmental Defects of Enamel (DDE), and/or disabilities. However, studies suggest that early dental visits, combined with the establishment of a satisfactory treatment plan with returns scheduled at appropriate intervals, are capable of preventing the onset and progression of such diseases. In this regard, the ideal frequency for patients' return appointments is questioned, since each child is unique and the intervals should be determined according to their individual needs. The present study aimed to adapt and implement a preventive maintenance protocol in the pediatric dentistry clinics of Faculdade Sete Lagoas (FACSETE). For the theoretical foundation and consistency of the study, a literature review was conducted using chapters from physical and digital books and scientific articles obtained from the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), and PubMed, in addition to legislation and electronic manuals made available on official institutional websites. Keywords in Portuguese and English were strategically combined to ensure the comprehensiveness of the search, as well as standardized DeCS (Health Sciences Descriptors) terms. The development of the protocol comprised the following main stages: identification of technical parameters, adaptation, and consolidation of the information. The implementation process involved permission, printing and distribution, organization, and identification. As a result, the preventive maintenance protocol was developed and implemented in the pediatric dentistry clinics of FACSETE. It was concluded that its creation and application represent an improvement in the quality of care provided in the clinics of this educational institution. By addressing essential criteria for assessing the most prevalent oral diseases and guiding the calculation of return frequency, the protocol enables students to effectively monitor patients' oral health, promoting the prevention of new conditions or early treatment when necessary.



Keywords: Physical Examination; Periodicity; Child; Dental Caries; Periodontal Diseases.

**SUMÁRIO**

**1. INTRODUÇÃO ..... 8**
**2. REVISÃO DE LITERATURA ..... 10**
2.1. PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA ..... 10
2.2. CÁRIE DENTÁRIA ..... 12
2.3. DOENÇA PERIODONTAL ..... 14
**2.3.1. Gengivite** ..... 14
2.4. ÍNDICES ..... 15
**2.4.1. Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG)** 16
**2.4.2. Índice do Consumo de Sacarose (ICS)** ..... 17
2.5 DEFEITO DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE ..... 18
2.6 PESSOA COM DEFICIÊNCIA ..... 20
2.7 OCLUSÃO ..... 21
2.8 ADAPTAÇÃO COMPORTAMENTAL ..... 21
2.9 EXAMES COMPLEMENTARES ..... 23
**3. OBJETIVOS ..... 25**
3.1. OBJETIVO GERAL ..... 25
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 25
**4. METODOLOGIA ..... 26**
4.1. EMBASAMENTO TEÓRICO ..... 26
4.2. ADAPTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA BASEADO EM DIRETRIZES ATUALIZADAS ..... 27
4.3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE FORMA FÍSICA, NAS CLÍNICAS COM ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DA FACSETE ..... 27
**5. RESULTADOS ..... 29**
5.1. ADAPTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA BASEADO EM DIRETRIZES ATUALIZADAS ..... 30
5.2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE FORMA FÍSICA, NAS CLÍNICAS COM ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DA FACSETE ..... 36
**6. DISCUSSÃO** ..... 38

6.1 PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA ..... 39
**6.1.1. Exame Clínico** ..... 39
**6.1.2 Índices** ..... 40
**6.1.3. Situações encontradas** ..... 41
6.1.3.1. Elementos dentários ..... 41
6.1.3.2. Oclusão ..... 42
6.1.3.3. Escala de Frankl ..... 43
**6.1.4. Exames complementares** ..... 43
**6.1.5. Intervalo da consulta de manutenção preventiva** ..... 44
6.1.5.1. Critérios ..... 45
6.1.5.2. Intervalos x Critérios ..... 47
**7. CONCLUSÃO ..... 54**
**REFERÊNCIAS ..... 55**

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), as doenças bucais representam importantes desafios de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. No contexto odontopediátrico, as crianças são mais afetadas pelas lesões cariosas e a doença periodontal, sobretudo a gengivite (Brasil, 2022).

As doenças citadas possuem caráter persistente e progressivo (Peres *et al*., 2019) e são as principais condições ou agravos associados à perda dos dentes (Sanz *et al*., 2017). Dessa forma, essas afecções impactam diretamente na qualidade de vida dos pacientes pediátricos, uma vez que deixam os dentes afetados mais sensíveis, podendo produzir dor e prejudicar a função mastigatória, a ingestão de bebidas, o sono e a estética (Nóbrega *et al*., 2019; Barbosa *et al*., 2010). Além disso, também podem causar uma diminuição de sua performance escolar, uma vez que as crianças podem precisar faltar às aulas devido às complicações dentárias (Jackson *et al*., 2011).

Cabe ressaltar, ainda, que algumas condições individuais aumentam significativamente o risco para o desenvolvimento das condições citadas, como a presença de Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) (O'Leary *et al*., 2024) e/ou deficiências (Brasil, 2019). No caso dos indivíduos com DDE, a maior suscetibilidade à cárie dentária está relacionada às modificações no esmalte dentário em decorrência de alterações durante a formação dessa estrutura (Bensi *et al*., 2020, O'Leary *et al*., 2024). Já entre os pacientes com deficiências, a maior vulnerabilidade ocorre porque, em razão de suas condições físicas e/ou mentais, eles podem apresentar limitações na higienização dos dentes (muitas vezes necessitando da ajuda de responsáveis, o que pode ser negligenciado), tomar medicações que causem xerostomia e/ou hiperplasia gengival, além de consumir alimentos ricos em sacarose (Queiroz *et al*., 2014; Brasil, 2019).

No entanto, os estudos sugerem que as visitas odontológicas precoces aliadas ao estabelecimento de um plano de tratamento satisfatório com retornos às consultas em intervalos adequados, são capazes de prevenir a instalação e evolução de tais doenças (Noronha; Rédua; Massara, 2010).

Nesse sentido, as consultas de manutenção preventiva são realizadas para que sejam feitas reavaliações nos pacientes para identificar e monitorar lesões precoces, alterações nos tecidos periodontais e nas demais estruturas orofaciais, acompanhar o desenvolvimento dos dentes e realizar avaliações e orientações de higiene bucal e dieta. Dessa forma, é possível prestar assistência contínua para prevenção da saúde bucal e para delinear um plano de tratamento futuro (Manfro; Tavares; Amaral; Imparato, 2012).

Em vista disso, questiona-se qual deve ser a periodicidade ideal para o retorno dos pacientes. Sendo assim, entre os anos de 1920 e 1930, por meio de propagandas de dentifrícios, as visitas a cada 6 meses começaram a ser sugeridas (Patel; Bay; Glick, 2010). Entretanto, segundo a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) (2018) e a Associação Brasileira de Odontopediatria (2024), como cada criança é única, os intervalos para o seu retorno às consultas devem ser calculados de acordo com suas necessidades.

Diante do exposto, torna-se extremamente relevante a implementação de um protocolo de manutenção preventiva nas clínicas com atendimento odontopediátrico. No contexto acadêmico, os graduandos em Odontologia se beneficiariam desse produto pois ele tem o objetivo de tornar mais prático o cálculo para a periodicidade dos retornos, facilitar o acompanhamento das condições de saúde bucal e verificar a adesão às orientações de autocuidado pelos pacientes e seu núcleo familiar. Estes, por sua vez, também serão beneficiados, visto que a aplicação do protocolo possibilita que intervenções precoces sejam realizadas quando necessárias para reduzir tratamentos invasivos futuros.

# 2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura a respeito do plano de tratamento em Odontopediatria - com enfoque nas consultas de manutenção preventiva - assim como de aspectos biológicos e comportamentais que são importantes de serem conhecidos para elaboração do protocolo de manutenção preventiva.

## 2.1. PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA

O Odontopediatra tem como função a realização de ações que visem a promoção da saúde e melhora na qualidade de vida das crianças, independente das suas condições bucais. Para isso, é necessário um diagnóstico adequado e a elaboração de um plano de tratamento que direcione à um manejo clínico bem sucedido (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

Para alcançar resultados satisfatórios, o planejamento elaborado deve ser individualizado, a partir da anamnese e do exame clínico, e capaz de motivar o paciente a aderir ao tratamento proposto (Newsome; Smales; Yip, 2012). Este, pode ser dividido em fases: sistêmica, de urgência, preparatória, restauradora e de manutenção (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024). Todavia, Noronha (2012), diferente de alguns autores, propõe como primeira etapa, a fase de “avaliação e/ou urgência”, para o preenchimento da anamnese, execução do exame clínico, solicitação, se necessário, de exames complementares e análise do potencial de cooperação do paciente e/ou do núcleo familiar. A partir desses dados coletados, é possível estabelecer um diagnóstico e apresentar aos responsáveis medidas preventivas ou terapêuticas a serem adotadas.

Na fase sistêmica, após preenchimento da anamnese, se for identificado que o paciente é portador de alguma comorbidade, deve-se encaminhá-lo ao profissional adequado para avaliar se o seu quadro está compensado. Caso ele não esteja, condutas devem ser adotadas, de forma multidisciplinar, para que ele se torne apto para receber o tratamento odontológico (Raggio *et al*, 2021).

A fase de urgência diz respeito ao manejo dos dentes em que o paciente queixe de dor e/ou que apresentem processos infecciosos. Nessa etapa, podem estar envolvidos

os procedimentos de drenagem de abcessos, pulpotomias e exodontias (Raggio *et al*, 2021).

Quanto a fase preparatória, ela visa prevenir, minimizar ou paralisar a ação das doenças bucais mais prevalentes (Rodrigues *et al*, 2010). Para o sucesso desta fase, deve-se realizar tanto a adequação comportamental - para que o paciente saiba se comportar principalmente em procedimentos posteriores que demandem mais cooperação - quanto do meio bucal (Noronha, 2012). Para adequação deste último, poderá ser realizada profilaxia, orientações de dieta e higiene, aplicação de selante, cariostático, flúor e, ainda, pode ser feita remoção seletiva de tecido cariado e restauração com óxido de zinco e eugenol ou cimento de ionômero de vidro, exodontias de urgência e alívio de dor (Rodrigues *et al*, 2010, Raggio *et al*, 2021). Para avançar para a fase restauradora, o profissional deve analisar se houve o controle das lesões cariosas e da inflamação gengival e se o comportamento do paciente está satisfatório (Noronha, 2012).

Na fase restauradora, será possível recuperar a forma e a função dos dentes afetados por meio do tratamento restaurador direto e/ou indireto (Rodrigues *et al*, 2010), realizar cirurgias eletivas e iniciar, se indicada, a ortodontia preventiva e/ou interceptativa (Raggio *et al*, 2021).

Por fim, a última fase, chamada de Manutenção, é destinada à pacientes que se encontram sadios, tendo ou não passado por tratamentos odontológicos prévios (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024). Nela, é realizado um novo exame clínico, de modo a avaliar os elementos dentários e a viabilidade dos tratamentos anteriormente executados, os tecidos moles, a oclusão e a articulação temporomandibular, sendo também possível avaliar se a criança e seu núcleo familiar estão seguindo as recomendações para manter o equilíbrio bucal. Ela tem como objetivo prevenir tanto a recidiva quanto o desenvolvimento das lesões cariosas, da doença periodontal (gengivite e periodontite) e de outras doenças dentárias não cariosas e interceptar, o mais cedo possível, caso seja encontrada alguma alteração (Noronha; Massara; Rédua, 2010, Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024). Por meio da adoção de um regime de cuidados continuados, essas consultas promovem a preservação da saúde bucal, o reforço das orientações preventivas e a contribuição na

manutenção do manejo comportamental do paciente (Manfro; Tavares; Amaral; Imparato, 2012) e contribui com o engajamento do núcleo familiar com o tratamento proposto (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

Ainda na sessão de manutenção preventiva, reavalia-se o risco ao desenvolvimento das doenças citadas e sugere-se novos ajustes, dos mais simples, como reforçar as consultas de aconselhamento, aos mais complexos, como para realização de tratamentos curativos (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

Nesse viés, ao final da consulta de revisão, discute-se acerca da periodicidade ideal para o retorno de cada paciente (Noronha; Rédua; Massara, 2010). Alguns autores afirmam ser a cada seis meses, enquanto outros afirmam que há a necessidade de individualização de cada caso, sendo necessário avaliar alguns critérios para mensurar esse intervalo, como a atividade de cárie, hábitos alimentares e de higiene bucal, entre outras condições, como a presença de algum defeito de esmalte e/ou se o paciente é portador de alguma deficiência que o impeça de higienizar os dentes de forma satisfatória (Noronha; Massara; Rédua, 2013, Corrêa, 2010, Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

## 2.2. CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária pode ser definida como uma disbiose resultante de um desequilíbrio causado no biofilme dentário a partir do metabolismo de açúcares da dieta. O biofilme e a dieta são considerados, então, fatores determinantes para o desenvolvimento da doença. Porém, a manifestação desta também sofre influência de outros fatores que podem ser classificados como modificadores, como fluxo e composição salivar, anatomia dentária, classe social, renda, comportamento, educação, dentre outros (Fejerskov; Nyvad; Kidd, 2017).

O biofilme dentário é formado por diferentes microrganismos que se organizam e estabelecem entre si um conjunto de interações importantes para sua sobrevivência. A sua formação é ditada pelo meio bucal, que, uma vez em desequilíbrio, pode gerar uma alteração na convivência desses seres e produzir consequências negativas para a estrutura dentária (Marsh; Zaura, 2017).

Nesse viés, para que haja o desenvolvimento das lesões cariosas é necessária a presença do açúcar, sobretudo a sacarose proveniente da dieta, que torna o biofilme potencialmente nocivo para as estruturas dentárias. Esta é capaz de alterar as concentrações de minerais salivares que funcionam como um importante mecanismo para prevenção do desenvolvimento das lesões de cárie (Crescente *et al*., 2022).

Todavia, uma vez ofertada a sacarose ao biofilme, há a metabolização desse composto em ácido lático, substância capaz de baixar o pH salivar e promover a desmineralização das estruturas dentárias. Entretanto, as lesões cariosas só serão desenvolvidas uma vez que os eventos de perdas minerais (desmineralizações) superem os de ganhos minerais (remineralização) (Maltz, *et al*., 2016).

As lesões de cárie são inicialmente estabelecidas no esmalte dentário como manchas brancas que, se não forem paralisadas, sofrerão cavitações e poderão atingir a dentina e a polpa (Fejeskov; Nyvad; Kidd, 2017).

Em relação ao desenvolvimento dessas lesões, elas são mais propensas de se desenvolverem em determinadas idades, dentes e superfícies. Dessa forma, os primeiros e segundos molares permanentes destacam-se como elementos particularmente vulneráveis. Nesse sentido, em estudos desenvolvidos para avaliar o estágio de erupção desses dentes e a atividade das lesões de cárie, foi concluído que, quanto mais distante da oclusão funcional, maior é a incidência destas na superfície oclusal. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que o estágio de infraoclusão, a anatomia e a localização mais posterior desses dentes fornecem características locais que contribuem para um maior acúmulo de placa dentária (Zenkner *et al.*, 2013, Alves *et al*., 2014, Sá e Rocha *et al.*, 2023), que incluem: dificuldade de acesso para a limpeza dos dentes em erupção e a tendência de evitar a higienização devido à sensibilidade gengival presente nessa fase (Lynch, 2020).

Além disso, o esmalte desses dentes, quando ainda estão nesse processo eruptivo, ainda não completaram a maturação pós-eruptiva; logo, são dentes mais porosos e menos resistentes (Lynch, 2020). Todos esses fatores colaboram, portanto, para que haja o estabelecimento das lesões de cárie (Zenkner *et al.*, 2013, Alves *et al*., 2014, Lynch, 2020, Sá e Rocha *et al.*, 2023).

O controle para a doença e para as lesões cariosas envolve orientações de dieta e higiene bucal, uso regular e aplicação tópica de flúor, selantes e restaurações com resina composta ou cimento de ionômero de vidro, sendo possível lançar mão também do uso de Diamino Fluoreto de Prata (DFP) e da *Hall Technique* (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2021).

Diante disso, é importante que os cirurgiões-dentistas identifiquem o risco do paciente à cárie dentária para que haja o delineamento de um plano de tratamento adequado – que envolva orientações e medidas de prevenção e promoção de saúde para que os fatores de risco sejam minimizados - e uma periodicidade de retorno às consultas assertiva (Fontana; Gonzalez-Cabezas, 2019), uma vez que, assim como mostrado no estudo realizado por Abanto *et al*., (2014) as consultas de retorno são eficazes na prevenção e regressão de lesões iniciais de cárie.

## 2.3. DOENÇA PERIODONTAL

A gengivite e a periodontite são classificadas como doenças periodontais, sendo a primeira a sua forma mais comum, geralmente associada à presença de microrganismos que ficam localizados na margem gengival, de modo a causar alterações no tecido gengival. Uma vez não tratada, a inflamação na gengiva pode evoluir e gerar perda de inserção e no osso alveolar (Mariotti, 2018).

### 2.3.1. Gengivite

A gengivite é considerada a forma mais comum da doença periodontal em crianças, sendo a placa bacteriana o seu principal causador. Nesse sentido, existem alguns aspectos que predispõem o paciente a desenvolver tal condição, como: a anatomia das estruturas periodontais, viabilidade das restaurações no elemento dentário, práticas alimentares e de higiene inadequadas (Cabral, 2010).

Para que haja a formação da placa bacteriana, previamente deve-se haver a formação da película adquirida, uma delgada camada de proteínas salivares fixadas à superfície do dente. As bactérias, de diferentes espécies, se acumulam de forma

progressiva nesta, e se multiplicam gerando cada vez mais uma contagem maior e mais complexa de microrganismos. A formação do biofilme é influenciada pelo consumo de sacarose, que, além de ser capaz de levar a uma formação mais rápida da placa bacteriana, é benéfica para bactérias, como o *S. mutans*, que, a partir desse composto, tornam-se mais cariogênicas (Duarte; Lotufo; Rodrigues, 2016).

Essas bactérias fixadas ao elemento dentário e em estruturas próximas, como no sulco gengival, são responsáveis por liberar produtos capazes de agredir as células (do epitélio e do tecido conjuntivo) e os seus constituintes intercelulares (como o colágeno). Diante disso, há um aumento da espessura entre as células epiteliais juncionais, tornando propício o ambiente para instalação desses microrganismos e/ou de seus produtos nocivos. Ambos são capazes de ativar células de defesa do organismo que produzem substâncias que modificam os vasos sanguíneos, o que resulta na instalação de uma inflamação gengival subclínica (Fiorellini; Kim; Uzel, 2016).

Desse modo, caso não haja a paralisação desse processo citado, os sinais e sintomas clínicos se tornam aparentes, podendo haver sangue na saliva, ao escovar os dentes, a sondagem, edema, eritema gengival e halitose (Murakami *et al.*, 2018).

O tratamento para inflamação gengival envolve o controle do biofilme dentário, o que pode ser feito de forma segura e eficaz por meio da escova de dente e fio dental. O paciente também deve ser orientado em relação a diminuição no consumo de sacarose. Podem ser prescritos, também, bochechos com clorexidina 0,12%, principalmente para pacientes com alguma deficiência ou àqueles com dificuldades transitórias de higienização bucal (Gomes; Angst, 2013). Além disso, tem sido pesquisado os efeitos dos fluoretos, uma vez que estes podem ser utilizados com o objetivo de minimizar a sensibilidade dentária e, consequentemente, promover uma escovação mais confortável e eficiente (Duarte; Lotufo; Rodrigues, 2016).

## 2.4. ÍNDICES

Para que os profissionais avaliem o risco de desenvolvimento de cárie dentária e gengivite, pode-se lançar mãos de alguns índices (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

### 2.4.1. Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG)

A saúde dos tecidos periodontais do paciente deve ser avaliada durante as consultas de manutenção preventiva para que seja dado um diagnóstico da condição dessas estruturas e, ainda, para avaliar como está a qualidade dos cuidados de higiene bucal realizados em casa (Academia Americana de Odontopediatria, 2024).

Ainda que a cárie dentária e a doença periodontal tenham etiologia multifatorial, a presença da placa bacteriana é imprescindível para o desenvolvimento de ambas as doenças. Por isso, o Índice de Placa Visível torna-se importante para avaliar o risco do paciente a essas condições e para que sejam realizadas ações de motivação e educação em higiene bucal, de modo a produzir, se necessárias, mudanças no padrão de higienização desses indivíduos (Azevedo *et al*., 2022). Para isso, tem-se o sistema de índice de placa simplificado de Ainamo e Bay (1975) no qual é feito um registro sobre os depósitos de placa na superfície dentária, atribuindo os seguintes escores e interpretações: 0 = ausência de placa visível e 1 = presença de placa visível (Papapanou; Lindhe, 2018).

O sangramento gengival tem sido demonstrado como um indicador inicial e confiável de inflamação gengival (Trombelli *et al*., 2018). Dessa forma, Carter e Barnes (1974), preconizaram que essa avaliação fosse realizada por meio do Índice de Sangramento Gengival (ISG), que consiste na utilização do fio dental não encerado passado nas interproximais mesiais e distais de todos os dentes. Para examinar, a cavidade oral deve ser dividida em segmentos, que também determinarão a sequência de passagem do fio dental: superior direito, superior anterior, superior esquerdo, inferior esquerdo, inferior anterior e inferior direito. Como critério de avaliação, caso haja inflamação dos tecidos gengivais, haverá sangramento imediatamente após introdução do fio dental, mas 30 segundos após a introdução deste, deve-se realizar uma nova inspeção de cada segmento. Em caso de muito sangramento, pode ser solicitado ao paciente que lave a boca após o exame de cada quadrante. Para pontuação, o sangramento será dado como presente ou ausente, e, ao final, deve-se anotar o total de unidades de sangramento total e o total de áreas examinadas.

### 2.4.2. Índice do Consumo de Sacarose (ICS)

As pesquisas mostram que a ingestão de alimentos com a presença de açúcares livres e/ou bebidas adoçadas com açúcar está associado o desenvolvimento das lesões de cárie; entretanto, apesar de os estudos acerca dessa doença já terem evoluído muito, a sua prevenção, principalmente em pacientes mais novos, ainda é dificultada (Costa; Chapanski; Höfelmann; Fraiz, 2024). Por isso, as orientações de dieta e a educação alimentar são fundamentais para auxiliar na paralisação da progressão dessa doença (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024), pois, uma vez que os responsáveis são esclarecidos quanto à influência do açúcar nesse processo, fica mais fácil de conseguirem promover a mudança do comportamento alimentar da criança (Wanderley; Nosé; Corrêa, 2010).

Nesse contexto, o diário dietético pode ser empregado como instrumento para avaliar a dieta do paciente. O responsável é então instruído a registrar, detalhadamente, tudo o que a criança consome durante 4 dias: sendo 3 dias de semana e 1 final de semana. Após a realização desse preenchimento, o profissional deve calcular o índice de consumo de sacarose (ICS), no qual não é levado em consideração o final de semana, visto que a taxa de consumo de açúcar é maior. Para isso, deve-se multiplicar o valor da consistência do alimento (1 para alimentos líquidos e 2 para alimentos sólidos) pelo valor do momento da ingestão (1 para as refeições principais e 2 para as refeições livres). Por fim, é preciso somar os valores obtidos da multiplicação feita dos três dias da semana e dividir o total por 3, obtendo-se uma média diária, a qual será considerada adequada quando for igual ou inferior a 7 (Pordeus *et al*, 2014).

Após a análise desses registros, se necessário, o profissional deve direcionar às orientações para possíveis mudanças e estabelecer metas a serem alcançadas (De Oliveira *et al*., 2020). Estas devem priorizar a redução do consumo de açúcar, restringindo-o, preferencialmente, às principais refeições (Wanderley; Nosé; Corrêa, 2010).

O intervalo para realizar a reavaliação dos padrões alimentares vai variar de acordo com as demandas individuais de cada paciente e ela será fundamental para

avaliar, a curto prazo, se as metas estabelecidas estão sendo alcançadas e se está havendo progresso (Guedes-Pinto; Almeida, 2016, Associação Brasileira de Odontopediatria, 2024).

## 2.5 DEFEITO DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE

O esmalte dentário constitui-se como o tecido com o maior conteúdo mineral e resistência da estrutura corporal humana (Reher; Reher, 2020).

Sua formação é resultado de um processo conhecido como amelogênese, que pode ser dividida em fases: morfogenética, de diferenciação, secretora, de maturação e protetora, nas quais ocorrem eventos que são essenciais para sua constituição final, como a diminuição dos elementos orgânicos e da água e aumento gradativo dos cristais de mineral. Esse tecido uma vez amadurecido, tem sua espessura composta por prismas, com suas zonas periféricas, as regiões interprismáticas, completando o arranjo cristalino do esmalte (Katchburian; Arana-chaves, 2017).

No entanto, anomalias com diferentes causas durante as fases citadas, podem gerar diversas alterações no esmalte (Guedes-Pinto; Santos; Mello-Moura, 2010), dando origem aos Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) (Pinto *et al*., 2023). Uma vez que o esmalte não é um tecido que se regenera, esses defeitos ficarão registrados permanentemente na superfície dentária (Arima *et al.,* 2021).

Os DDEs podem ser classificados quanto qualitativos/hipoplásicos ou quantitativos/opacidades. Os qualitativos são defeitos que ocorreram na fase secretora da matriz do esmalte e levam a uma perda de estrutura de esmalte; já os defeitos quantitativos são aqueles que ocorrem durante a fase de mineralização ou de maturação e caracterizam-se clinicamente por alterações na translucidez do esmalte (Arima *et al*., 2021; O'Leary *et al*., 2024). Dentre esses defeitos, tem-se as hipomineralizações, hipoplasias e a Amelogênese Imperfeita (AI) (Pinto *et al*., 2023).

Na AI, ao exame clínico, observa-se fratura ou perda de estrutura, modificações na coloração, textura, consistência e formato do esmalte em todos os dentes. Dessa forma, os pacientes são mais suscetíveis à sensibilidade, sensação dolorosa, comprometimento na mastigação e na estética, dificuldade de higienização, acúmulo de

placa, inflamação gengival crônica e lesões de cárie (Lundgren; Dahllöf, 2024, Saleh, 2023).

A Hipomineralização de Molares e Incisivos (HMI), diferentemente da AI, não afeta toda a dentição, ficando mais restrita somente à primeiros molares e incisivos permanentes (Pintos-Santos *et al.*, 2021). Os elementos dentários afetados por essa condição geralmente apresentam perdas estruturais após a erupção dos dentes, com diferentes níveis de comprometimento, superfícies incomuns restauradas e perdas dentárias, sobretudo nos primeiros molares permanentes, além de hipersensibilidade a alterações térmicas e estímulos físicos (Gevert, *et al*., 2024, Mendonça *et al.*, 2024). O esmalte menos mineralizado e mais poroso - mais vulnerável fixação e colonização bacteriana - associada à hipersensibilidade durante a escovação – que favorece a um maior acúmulo de placa bacteriana - constituem um cenário ideal para a maior propensão ao desenvolvimento de lesões cariosas, muitas vezes severas (Mendonça *et al.*, 2024).

As hipoplasias podem manifestar-se de formas bastante distintas. Quanto os quadros são mais leves, observa-se apenas alterações discretas na coloração, que podem, inclusive, ser confundidas com fluorose. Em situações mais severas, o esmalte apresenta defeitos estruturais, com regiões em que sua espessura é reduzida ou até completamente inexistente, expondo a dentina subjacente. Tais comprometimentos geram desconforto estético e impacto emocional no paciente e trazem prejuízos funcionais, como o aumento da sensibilidade, elevação do risco de desenvolvimento de lesões cariosas, prejuízos no desempenho mastigatório, o que favorece desgastes precoces e pode desencadear alterações oclusais ao longo do tempo (Da Silva *et al*., 2023).

Conclui-se, assim, que portadores dessas condições são mais suscetíveis à sensibilidade, desgastes dentários, desenvolvimento de lesões cariosas e podem possuir a aparência comprometida (Bensi *et al*., 2020, O'Leary *et al*., 2024).

Por isso, torna-se imprescindível que medidas sejam tomadas para evitar que a doença cárie se estabeleça e se desenvolva, de modo a preservar a estrutura dentária para que intervenções possam ser realizadas em momentos posteriores. Para isso, deve-se estabelecer um diagnóstico correto, delinear um plano de tratamento adequado e individualizado e estabelecer consultas de manutenção preventiva para

acompanhamento desses dentes, realizar orientações de dieta e higiene, profilaxia e aplicação de selantes, quando indicados (Pinto-Santos *et al*, 2021).

## 2.6 PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, o conceito de pessoa com deficiência é:

> Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

No que se refere à odontologia, esses pacientes podem apresentar, ou não, limitações que os impeçam de serem tratados por meio de uma odontologia convencional (Ministério da Saúde, 2019).

O paciente deficiente tende a apresentar dificuldades na higienização dos dentes, devido a sua condição física e/ou mental (muitas vezes necessitando da ajuda de responsáveis, o que pode ser negligenciado), tomar medicações que causem xerostomia e hiperplasia gengival, além de consumir alimentos ricos em sacarose. Tais fatores propiciam a concentração do biofilme dental e, consequentemente, o desenvolvimento da cárie dentária e da doença periodontal (Queiroz *et al*., 2014, Brasil, 2019).

Por isso, programas de manutenção preventiva são extremamente importantes para esse perfil de paciente, desde que sejam desenvolvidos de forma individualizada, pautados nas especificidades de cada condição. Estes, devem promover orientações de dieta, de higiene oral e quanto às medicações utilizadas (de modo a estabelecer sua relação com a saúde bucal e buscar estratégias para impedir os danos à cavidade oral), profilaxia e aplicações tópicas de flúor. Ressalta-se, ainda, a importância de uma equipe multidisciplinar atuando, de forma conjunta, para garantir o bem-estar desses pacientes (Ministério da Saúde, 2019).

## 2.7 OCLUSÃO

O desenvolvimento da região orofacial, especificamente em crianças, é considerado desafiador pelo crescimento e desenvolvimento da mandíbula e maxila e pela transição das dentaduras decídua e permanente. Essas mudanças durante o crescimento podem estar associadas à má oclusão dentária e/ou esquelética (Alshammari *et al.*, 2022). O registro da má oclusão é dividido em três partes: anomalias na dentição (anomalias dentárias, erupção anormal e dentes desalinhados), anomalias oclusais (desvios na relação posicional entre as arcadas superior e inferior) e desvios nas condições de espaço (espaçamento ou apinhamento) (Esperancinha; Mendes e Bernardo, 2024).

A má oclusão é considerada uma das três principais doenças que afetam a mandíbula e a maxila, a língua e os músculos faciais, comprometendo a função dentofacial, bem como a estética facial. Possuem etiologia multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais. Doenças dentárias como cárie, lesões pulpares e periapicais e trauma dentário contribuem significativamente para a sua ocorrência (Chen *et al*., 2024).

Desse modo, as consultas de manutenção preventiva são importantes para que seja acompanhado o desenvolvimento da oclusão do paciente e para que intervenções, caso necessárias, sejam realizadas para promover um correto desenvolvimento craniofacial da criança e evitar um tratamento mais complexo futuramente (Barrera *et al*., 2024, Associação Brasileira de Odontopediatria, 2025).

## 2.8 ADAPTAÇÃO COMPORTAMENTAL

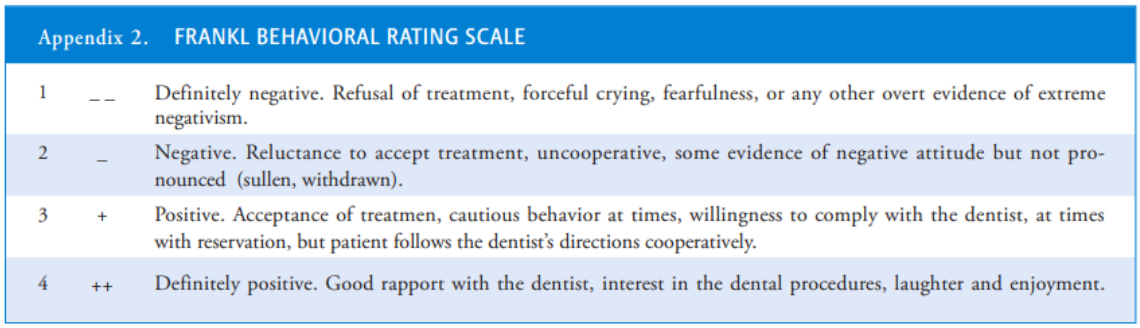
Para que haja sucesso no tratamento em odontopediatria, devem estar envolvidos: a criança, o seu núcleo familiar e o profissional. Quando se trata da criança, não basta dominar apenas a execução técnica dos procedimentos; o comportamento desta também deve ser dominado pelo profissional. Nesse contexto, surgem as técnicas de manejo comportamental, que tem como objetivo promover o diálogo, diminuir o medo e a ansiedade, fazer com que a criança confie no profissional e promover sua saúde bucal (Wright; Kupietzky, 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria (2024), as técnicas de adaptação comportamental podem ser divididas em dois grupos. O primeiro grupo diz respeito à adoção de métodos não farmacológicas, no qual o profissional utiliza da sua voz e/ou da sua expressão corporal, facial, postura e contato adequado com a criança para guiar o atendimento. Entretanto, apesar dessas técnicas serem mais aceitas pelos responsáveis na maioria das vezes, elas não funcionam para todos os pacientes. Por isso, pode ser necessário lançar mão do segundo grupo, os métodos farmacológicos, que utiliza de medicamentos para alcançar determinado objetivo clínico. Desse modo, pode ser utilizada: sedação inalatória com óxido nitroso e oxigênio, sedação com medicamentos ou até mesmo anestesia geral.

Convém ressaltar que, em alguns casos, pode ser necessária a estabilização protetora do paciente, com a finalidade de limitar seus movimentos durante os procedimentos para diminuir o risco de acidentes, de modo a proteger tanto o indivíduo atendido, quanto a equipe de profissionais envolvidos. Todavia, só deve ser utilizado esse método, depois que todos os outros já foram empregados e não obtiveram, sozinhos, resultado. Além disso, convém analisar, de forma prévia, se essa técnica surtirá efeito diante das demandas odontológicas do paciente e no impacto que será causado em sua saúde emocional. Caso seja esse o método de escolha, este requer autorização prévia dos responsáveis para ser executado (Klatchoian; Noronha; Toledo, 2013).

Nesse contexto, é de suma importância que o comportamento da criança seja registrado em cada consulta, servindo como apoio para planejar as próximas consultas. Para isso, é preconizado o uso da Escala de Frankl; esta utiliza os seguintes parâmetros a serem anotados em relação ao comportamento infantil: definitivamente positivo (++), positivo (+), negativo (-) e definitivamente negativo (--) (Academia Americana de Odontopediatria, 2024), como mostra a figura 1.

Figura 1: Escala Comportamental de Frankl



| Appendix 2. | FRANKL BEHAVIORAL RATING SCALE | |
|---|---|---|
| 1 | – – | Definitely negative. Refusal of treatment, forceful crying, fearfulness, or any other overt evidence of extreme negativism. |
| 2 | – | Negative. Reluctance to accept treatment, uncooperative, some evidence of negative attitude but not pronounced (sullen, withdrawn). |
| 3 | + | Positive. Acceptance of treatmen, cautious behavior at times, willingness to comply with the dentist, at times with reservation, but patient follows the dentist's directions cooperatively. |
| 4 | ++ | Definitely positive. Good rapport with the dentist, interest in the dental procedures, laughter and enjoyment. |

Fonte: Academia Americana de Odontopediatria (2024).

## 2.9 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são utilizados com a finalidade de complementar as informações obtidas durante a anamnese e exame clínico do paciente e chegar em um diagnóstico mais fidedigno. Estes são representados pelos exames laboratoriais (hematológicos e de urina), de imagem (radiografias, tomografias, sialografias, ultrassonografias e ressonâncias), entre outros (Genovese, 1996).

Dentre os exames mais solicitados em Odontopediatria, tem-se os exames de imagem, como as radiografias intrabucais e extrabucais, que são auxiliares para diagnosticar lesões cariosas, monitorar e identificar aspectos de crescimento ou enfermidades (Domyati *et al.*, 2024).

As radiografias intrabucais são úteis quando se quer realizar investigações locais, principalmente quando se trata dos elementos dentários. Elas podem ser representadas pelas interproximais e periapicais (Kühnisch *et al.*, 2019).

As radiografias interproximais são indicadas principalmente para detecção da presença e profundidade das lesões cariosas, sobretudo as interproximais e/ou oclusal já em dentina (Braga; Mendes; Ekstrand, 2010). O sinal clínico para indicar essa técnica é a presença de lesões cariosas ativas. Em geral, quanto mais novo o paciente e quanto maior o dano causado por essa doença, aumenta-se a chance de progressão desta, o que pode demandar uma periodicidade de controle maior (Kühnisch *et al.*, 2019).

As radiografias periapicais são indicadas quando a interproximal indicou alterações que possam justificar a necessidade de se realizar o tratamento endodôntico

ou até mesmo a extração e/ou quando, clinicamente, observa-se dentes com lesões de cárie extensas que estejam com ou sem vitalidade, assintomáticos ou sintomáticos, com a presença ou ausência de acometimento apical; elementos malformados, suspeita de supranumerários ou frente à traumatismos dentários (Kühnisch *et al*., 2019). Diante disso, elas serão solicitadas para analisar as estruturas periodontais, lesões na região de periápice e grau de comprometimento da polpa (YOU *et al*., 2025).

Quanto as radiografias extrabucais, tem-se como representante as radiografias panorâmicas, utilizadas quando se quer realizar uma análise geral dos dentes e demais estruturas presentes na maxila e na mandíbula. Trata-se de uma técnica conveniente para o público infantil; todavia, ela requer que a criança fique sem se mover durante um período, o que pode ser desafiador (Gandhi, Govindaraju, 2022).

Entretanto, o profissional deve avaliar os riscos e benefícios em solicitar tais exames, evitando exposições desnecessárias da criança à radiação (Associação Americana de Odontologia, 2012).

# 3. OBJETIVOS

## 3.1. OBJETIVO GERAL

Adaptar e implementar um protocolo de manutenção preventiva nas clínicas com atendimento odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE).

## 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar a literatura acerca dos protocolos e bases científicas para programas de manutenção preventiva
- Adaptar um protocolo clínico de manutenção preventiva baseado em diretrizes atualizadas.
- Validar o protocolo em conjunto com as professoras atuantes nas clínicas da instituição.
- Implementar o protocolo, de forma física, nas clínicas com atendimento odontopediátrico da FACSETE.

## 4. METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se por ser uma pesquisa aplicada, pois visou propor uma solução prática para um problema real identificado no ambiente de estudo: a dificuldade no controle dos parâmetros de análise relacionados à manutenção preventiva no atendimento odontológico nas clínicas com atendimento odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas. A abordagem adotada foi de caráter qualitativa, com objetivos exploratórios e descritivos, permitindo a compreensão do contexto e a elaboração de um protocolo aplicável à rotina clínica.

### 4.1. EMBASAMENTO TEÓRICO

Para a fundamentação teórica e consistência do estudo, visando responder todos os objetivos propostos, foi realizada uma revisão de literatura utilizando capítulos de livros físicos e digitais e artigos científicos obtidos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Além disso, foram consultadas legislações pertinentes e manuais eletrônicos disponibilizados nos sites de órgãos oficiais.

A pesquisa foi realizada no período de 20 de agosto de 2025 até 24 de novembro de 2025 e incluiu publicações de 1996 a 2025.

Foram utilizadas as seguintes palavras em português e inglês combinadas de forma estratégica para garantir a abrangência da busca: Manutenção Preventiva/*Preventive Maintenance*, Assistência Integral à Saúde/*Comprehensive Health Care*, Periodicidade/*Periodicity*, Criança/*Child*, Cárie Dentária/*Dental Caries*, Doença periodontal/*Periodontal Diseases*, Gengivite/*Gingivitis*, Índice de Sangramento Gengival/*Gingival Bleeding Index,* Índice de Placa Visível/*Visible Plaque Index*, Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte/*Enamel Development Defects*, Pessoas com Deficiências/*People with disabilities*, Radiografia/*X-ray*, Comportamento Infantil/*Child Behavior,* Oclusão/*Occlusion*.

Foram empregados também termos padronizados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a saber: Exame

Físico/*Physical Examination*, Periodicidade/*Periodicity*, Criança/*Child*, Cárie Dentária/ *Dental Caries*, Doença Periodontal/*Periodontal Diseases*.

A seleção dos artigos e dos capítulos dos livros seguiram etapas: (1) leitura dos títulos, (2) leitura dos resumos e (3) leitura completa dos textos potencialmente relevantes.

Foram incluídos todos aqueles materiais que se relacionavam direta ou indiretamente com o tema proposto.

## 4.2. ADAPTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA BASEADO EM DIRETRIZES ATUALIZADAS

A elaboração do protocolo teve como etapas principais:

1. Levantamento de parâmetros técnicos: com base na literatura selecionada, foram definidos os principais critérios a serem avaliados no protocolo de manutenção preventiva.
2. Adaptação e agrupamento das informações: de acordo com a etapa anterior, procedeu-se à adaptação e agrupamento das informações coletadas. Para isso, foi utilizado o programa de processamento Word para organizar e estruturar o protocolo.

## 4.3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE FORMA FÍSICA, NAS CLÍNICAS COM ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DA FACSETE

A implementação do protocolo teve como etapas principais:

1. Permissão: o protocolo foi apresentado, de forma presencial, às professoras responsáveis pelas disciplinas com atendimento odontopediátrico para análise e autorização de sua implementação, assegurando a conformidade acadêmica e pedagógica.
2. Impressão e disponibilização: o material foi impresso e disponibilizado nas três clínicas da instituição, para ser utilizado quando houver atendimento odontopediátrico.

3. Organização: foi adquirida uma pasta catálogo para armazenamento dos protocolos de manutenção preventiva preenchidos. Esta foi organizada colocando os meses - para retorno dos pacientes - em ordem cronológica, de modo a facilitar a organização e o manuseio pelos profissionais e acadêmicos.
4. Identificação: os meses foram escritos manualmente em uma folha, de espessura maior, e cortadas no tamanho adequado para inserir nas divisórias da pasta catálogo. Além disso, foi elaborado no programa Word o título “PACIENTES DO PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA”, impresso em uma gráfica em papel adesivo (já no tamanho adequado) e fixado na frente da pasta.

## 5. RESULTADOS

A busca na literatura, realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed, bem como em livros físicos e digitais, resultou na inclusão de 107 referências, todas elas constituídas por capítulos de livros, manuais eletrônicos ou artigos científicos, que compuseram o presente estudo. Com base no conteúdo selecionado, foi possível alcançar os objetivos propostos. Assim, elaborou-se, como produto, um protocolo de manutenção preventiva aplicável às clínicas odontológicas com atendimento odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE).

Este é composto por diferentes seções destinadas ao registro sistemático das informações clínicas do paciente. Entre os itens incluídos, destacam-se: identificação do paciente, exame clínico e o registro dos índices clínicos obtidos durante a avaliação, a saber: índice de placa visível, índice de sangramento gengival e índice de consumo de sacarose. Também são contempladas as condições observadas em relação aos elementos dentários, à oclusão e ao comportamento da criança, este último avaliado conforme a Escala de Frankl. Além disso, tem-se um espaço destinado para anotar se foi necessária a solicitação de exames complementares. Ressalta-se, ainda, que cada item dispõe de espaço para o preenchimento de quatro consultas de manutenção preventiva, o que facilita a comparação e o acompanhamento dos resultados ao longo do tempo.

Depois de avaliar todos os critérios acima, o protocolo inclui uma tabela estruturada para o cálculo do intervalo de retorno da consulta de manutenção preventiva. Neste instrumento foram incorporados os seguintes critérios: eficácia da limpeza realizada pelos pais ou pela criança em superfícies com maior vulnerabilidade; uso adequado de fluoreto; índice de consumo de sacarose; presença de lesão ativa em qualquer superfície dentária; presença de lesão ativa em superfície de maior vulnerabilidade; existência de Defeito de Desenvolvimento de Esmalte; utilização de medicamentos com impacto potencial na saúde bucal; lesão ativa em primeiro molar permanente; erupção e estabelecimento em oclusão do primeiro molar permanente; lesão ativa em primeiro e/ou segundo molar permanente; e erupção completa do segundo molar permanente. Tais critérios variam de tabela para tabela de acordo com a fase da dentição na qual a criança se encontra e a erupção de determinados dentes.

Por fim, o protocolo termina com algumas informações a serem preenchidas em relação à consulta de manutenção preventiva que está sendo realizada: data, nome do aluno responsável pelo preenchimento, data da próxima consulta de retorno, assinatura do responsável pela criança e do professor.

## 5.1. ADAPTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA BASEADO EM DIRETRIZES ATUALIZADAS

**PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM ODONTOPEDIATRIA**

Barbosa; Bernardes; Gaudereto, 2025

**Nome do(a) paciente:**

_____

**EXAME CLÍNICO**

| | DATA: | DATA: | DATA: | DATA: |
|---|---|---|---|---|
| PESO | | | | |
| ALTURA | | | | |
| LINFONODOS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| ATM | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| LÁBIOS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| MUCOSAS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| SOALHO BUCAL | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| PALATO | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| OROFARINGE | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| GL. E DUC. SALIVARES | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| LÍNGUA | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| SALIVA | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **IMPACTAÇÃO ALIMENTAR** | ( ) Ausente<br>( ) Presente | ( ) Ausente<br>( ) Presente | ( ) Ausente<br>( ) Presente | ( ) Ausente<br>( ) Presente |
| **GENGIVA** | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| **INSERÇÃO DO FREIO LABIAL SUPERIOR** | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| **INSERÇÃO DO FREIO LABIAL INFERIOR** | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| **INSERÇÃO DO FREIO LINGUAL** | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| **PORTADOR DE APARELHO** | ( ) Não<br>( ) Sim<br>Qual (is): | ( ) Não<br>( ) Sim<br>Qual (is): | ( ) Não<br>( ) Sim<br>Qual (is): | ( ) Não<br>( ) Sim<br>Qual (is): |

## ÍNDICES OBTIDOS:

### ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL (IPV):

**DATA:**

| ARCADA SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **ARCADA INFERIOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**DATA:**

| ARCADA SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **ARCADA INFERIOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**DATA:**

| ARCADA SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **ARCADA INFERIOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**DATA:**

| ARCADA SUPERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **ARCADA INFERIOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

0 = ausência de placa visível / 1 = presença de placa visível

## ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL (ISG):

| DATA: | DATA: |
|---|---|
| 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>85 84 83 82 81 71 72 73 74 75<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38<br>Total de sítios examinados:_____<br>Total de sítios com sangramento:_____<br>Porcentagem: _____ | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>85 84 83 82 81 71 72 73 74 75<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38<br>Total de sítios examinados:_____<br>Total de sítios com sangramento:_____<br>Porcentagem: _____ |
| **DATA:** | **DATA:** |
| 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>85 84 83 82 81 71 72 73 74 75<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38<br>Total de sítios examinados:_____<br>Total de sítios com sangramento:_____<br>Porcentagem: _____ | 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65<br>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28<br>85 84 83 82 81 71 72 73 74 75<br>48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38<br>Total de sítios examinados:_____<br>Total de sítios com sangramento:_____<br>Porcentagem: _____ |

Interpretação do resultado (porcentagem):
Até 14% = satisfatório
Acima 14% = gengivite

## ÍNDICE DO CONSUMO DE SACAROSE (ICS):

| DATA: | DATA: |
|---|---|
| Resultado: | Resultado: |
| **DATA:** | **DATA:** |
| Resultado: | Resultado: |

Interpretação do resultado:
Menor ou igual a 7 = adequado

## SITUAÇÕES ENCONTRADAS:

### ELEMENTOS DENTÁRIOS:

| | DATA: | DATA: | DATA: | DATA: |
|---|---|---|---|---|
| 18 | | | | |
| 17 | | | | |
| 16/56 | | | | |
| 15/55 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14/54 | | | | |
| 13/53 | | | | |
| 12/52 | | | | |
| 11/51 | | | | |
| 21/61 | | | | |
| 22/62 | | | | |
| 23/63 | | | | |
| 24/64 | | | | |
| 25/65 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 38 | | | | |
| 37 | | | | |
| 36 | | | | |
| 35/75 | | | | |
| 34/74 | | | | |
| 33/73 | | | | |
| 32/72 | | | | |
| 31/71 | | | | |
| 41/81 | | | | |
| 42/82 | | | | |
| 43/83 | | | | |
| 44/84 | | | | |
| 45/85 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |

| **OCLUSÃO:** | |
|---|---|
| **DATA:** | **DATA:** |
| **Alteração:**<br>**( ) *Sim**<br>Qual (is):<br><br>**( ) Não** | **Alteração:**<br>**( ) *Sim**<br>Qual (is):<br><br>**( ) Não** |
| **DATA:** | **DATA:** |
| **Alteração:**<br>**( ) *Sim**<br>Qual (is):<br><br>**( ) Não** | **Alteração:**<br>**( ) *Sim**<br>Qual (is):<br><br>**( ) Não** |
| *Caso a resposta seja positiva, preencher a ficha de avaliação ortodôntica disponível, de forma física, na clínica. | |

| **COMPORTAMENTO (ESCALA DE FRANKL):** | |
|---|---|
| **DATA:** | **DATA:** |
| Resultado: | Resultado: |
| **DATA:** | **DATA:** |
| Resultado: | Resultado: |
| Definitivamente negativo (--) / Negativo (-) / Positivo (+) / Definitivamente positivo (++) | |

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

| **DATA:** | **DATA:** |
|---|---|
| **( ) Foi solicitado**<br>Qual (is):<br>Motivo:<br><br>**( ) Não foi solicitado** | **( ) Foi solicitado**<br>Qual (is):<br>Motivo:<br><br>**( ) Não foi solicitado** |
| **DATA:** | **DATA:** |
| **( ) Foi solicitado**<br>Qual (is):<br>Motivo:<br><br>**( ) Não foi solicitado** | **( ) Foi solicitado**<br>Qual (is):<br>Motivo:<br><br>**( ) Não foi solicitado** |

## CÁLCULO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA:

| PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO DECÍDUA (3 A 5 ANOS), ANTES DO IRROMPIMENTO DO PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE | | | |
|---|---|---|---|
| CRITÉRIOS | VALOR | | |
| - | 0 | 1 | 2 |
| Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade | - | SIM | NÃO |
| Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7 | - | SIM | NÃO |
| Lesão ativa em qualquer superfície | - | NÃO | SIM |
| Lesão ativa em superfície com relativa vulnerabilidade | - | NÃO | SIM |
| Utilização adequada do fluoreto | SIM | NÃO | - |
| Presença de algum Defeito de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) | NÃO | SIM | - |
| Uso de alguma medicação que impacte na saúde bucal | NÃO | SIM | - |
| SOMA DOS VALORES: | | | |
| | INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO | | |
| | SOMA DOS VALORES | PERIODICIDADE DE RETORNO | |
| | Acima de 8 | 1 mês | |
| | 7 | 2 meses | |
| | 6 | 3 meses | |
| | 5 | 4 meses | |
| | 4 | 6 meses | |

| PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO MISTA INICIAL E FINAL (6 A 11 ANOS), ANTES DO IRROMPIMENTO DO SEGUNDO MOLAR PERMANENTE | | | |
|---|---|---|---|
| CRITÉRIOS | VALOR | | |
| - | 0 | 1 | 2 |
| Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade | - | SIM | NÃO |
| Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7 | - | SIM | NÃO |
| Lesão ativa em qualquer superfície | - | NÃO | SIM |
| Lesão ativa no primeiro molar permanente | - | NÃO | SIM |
| Primeiro molar permanente já em oclusão | - | SIM | NÃO |
| Utilização adequada do fluoreto | SIM | NÃO | - |
| Presença de algum Defeito de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) | NÃO | SIM | - |
| Uso de alguma medicação que impacte na saúde bucal | NÃO | SIM | - |
| SOMA DOS VALORES: | | | |
| | INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO | | |
| | SOMA DOS VALORES | PERIODICIDADE DE RETORNO | |
| | Acima de 09/10 | 1 mês | |
| | 8 | 2 meses | |
| | 7 | 3 meses | |
| | 6 | 4 meses | |
| | 5 | 6 meses | |

| PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO MISTA FINAL (9 A 11 ANOS), APÓS O IRROMPIMENTO DO SEGUNDO MOLAR PERMANENTE | | | |
|---|---|---|---|
| CRITÉRIOS | VALOR | | |
| - | 0 | 1 | 2 |
| Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade | - | SIM | NÃO |
| Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7 | - | SIM | NÃO |
| Lesão ativa em qualquer superfície | - | NÃO | SIM |
| Lesão ativa no primeiro e/ou no segundo molares permanentes | - | NÃO | SIM |
| Segundo molar permanente já em oclusão | - | SIM | NÃO |
| Utilização adequada do fluoreto | SIM | NÃO | - |
| Presença de algum Defeito de Desenvolvimento de Esmalte (DDE) | NÃO | SIM | - |
| Uso de alguma medicação que impacte na saúde bucal | NÃO | SIM | - |
| SOMA DOS VALORES: | | | |
| | INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO | | |
| | SOMA DOS VALORES | PERIODICIDADE DE RETORNO | |
| | Acima de 09/10 | 1 mês | |
| | 8 | 2 meses | |
| | 7 | 3 meses | |
| | 6 | 4 meses | |
| | 5 | 6 meses | |

| PRIMEIRA CONSULTA DE MANUTENÇÃO: | SEGUNDA CONSULTA DE MANUTENÇÃO: | TERCEIRA CONSULTA DE MANUTENÇÃO: | QUARTA CONSULTA DE MANUTENÇÃO: |
|---|---|---|---|
| DATA:<br>NOME (ALUNO): | DATA:<br>NOME (ALUNO): | DATA:<br>NOME (ALUNO): | DATA:<br>NOME (ALUNO): |
| Retorno: | Retorno: | Retorno: | Retorno: |
| ASS. (RESPONSÁVEL): | ASS. (RESPONSÁVEL): | ASS. (RESPONSÁVEL): | ASS. (RESPONSÁVEL): |
| ASS. (PROFESSOR): | ASS. (PROFESSOR): | ASS. (PROFESSOR): | ASS. (PROFESSOR): |

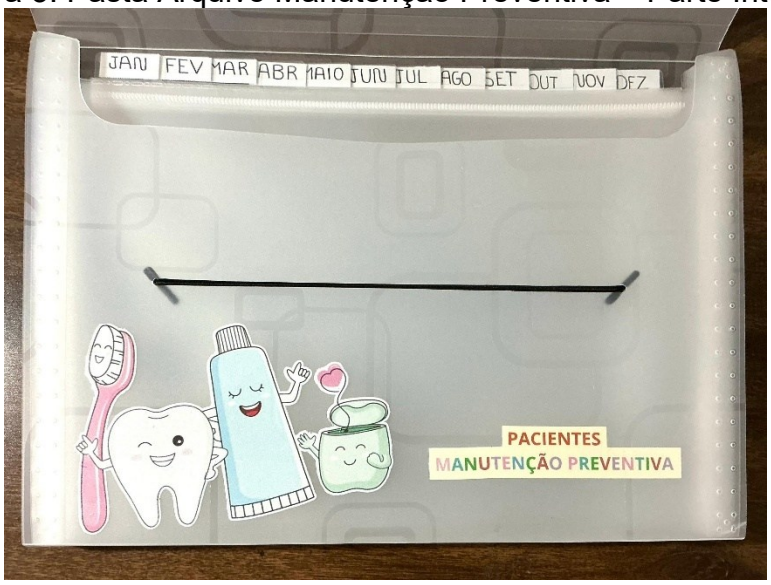
## 5.2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE FORMA FÍSICA, NAS CLÍNICAS COM ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO DA FACSETE

Figura 2: Pasta Arquivo Manutenção Preventiva – Parte Externa.



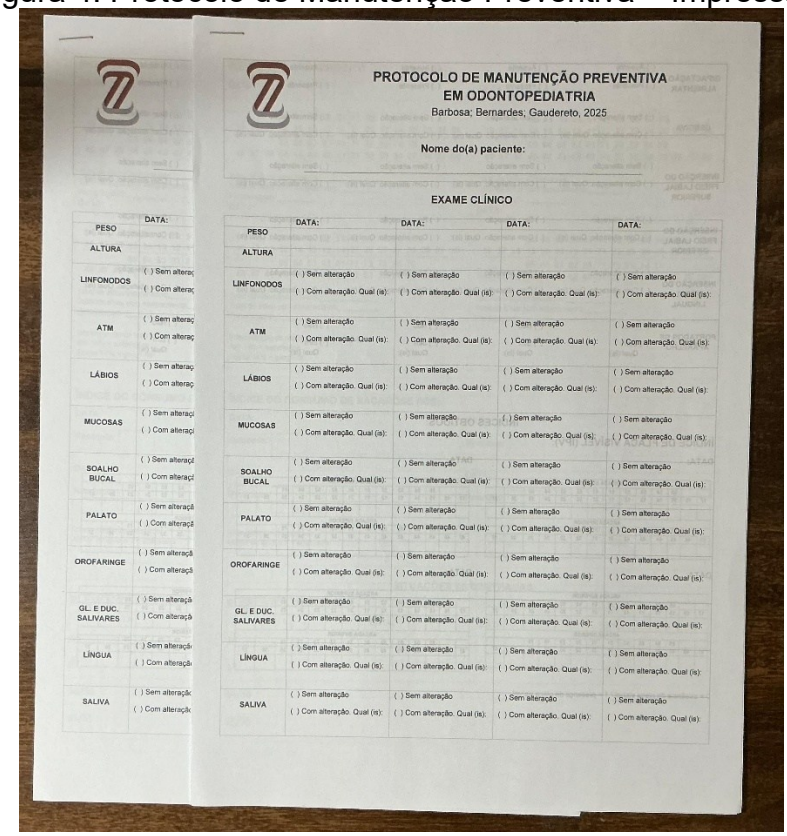

Fonte: autoria própria (2025).

Figura 3: Pasta Arquivo Manutenção Preventiva – Parte Interna.




Fonte: autoria própria (2025).

Figura 4: Protocolo de Manutenção Preventiva – Impressão.



PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA
EM ODONTOPEDIATRIA
Barbosa; Bernardes; Gaudereto, 2025

Nome do(a) paciente:

EXAME CLÍNICO

| | DATA: | DATA: | DATA: | DATA: |
|---|---|---|---|---|
| PESO | | | | |
| ALTURA | | | | |
| LINFONODOS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| ATM | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| LÁBIOS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| MUCOSAS | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| SOALHO BUCAL | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| PALATO | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| OROFARINGE | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| GL. E DUC. SALIVARES | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| LÍNGUA | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |
| SALIVA | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): | ( ) Sem alteração<br>( ) Com alteração. Qual (is): |

Fonte: autoria própria (2025).

## 6. DISCUSSÃO

As principais doenças bucais que afetam as crianças, tanto na dentição decídua quanto na mista, são a cárie e a doença periodontal. A cárie é uma doença multifatorial causada pelo desequilibro entre a desmineralização e a remineralização do esmalte, associado à presença de bactérias cariogênicas e pelo consumo frequente de açúcar (Noronha *et al*., 2019). Sua ocorrência pode ser potencializada por outros fatores predisponente, como defeitos de desenvolvimento de esmalte (Bensi *et al*., 2020; O`Leary *et al*., 2024) e condições associadas a pessoas com deficiência, que frequentemente apresentam maior vulnerabilidade à doença (Queiroz *et al*., 2014). A doença periodontal, por sua vez, compreende alterações que acometem os tecidos de sustentação e proteção do dente, sendo classificada principalmente em gengivite e periodontite. Na infância, a forma mais prevalente é a gengivite, caracterizada por ser uma inflamação do periodonto de proteção (Cabral, 2010).

Com o objetivo de avaliar os fatores determinantes da cárie e da doença periodontal, foram desenvolvidos diversos índices clínicos, entre eles: índice de sangramento gengival, o qual analisa o sangramento dos sítios gengivais, índice de placa visível, que verifica o biofilme acumulado nas superfícies dentárias (Azevedo, *et al.*, 2022) e o índice de consumo de sacarose, que avalia a média de ingestão diária de açúcar pelo paciente (Wanderley; Nosé; Corrêa, 2010).

A cárie e a doença periodontal possuem relação direta ou indireta com a qualidade de vida da criança e, consequentemente, do familiar. Em razão disso, torna-se essencial desenvolver estratégias destinadas à prevenção dessas doenças ou, quando presentes, ao seu diagnóstico e tratamento precoces. Nesse contexto, destaca-se o papel do cirurgião-dentista nas consultas de manutenção preventiva, entendidas como retornos planejados e não emergenciais, definidos com base no julgamento clínico do profissional e de acordo com as necessidades individuais do paciente (Noronha *et al.*, 2019).

O presente estudo é de grande relevância, uma vez que visa contribuir com um maior aprofundamento do tema e sofisticar o conhecimento em relação ao assunto abordado.

O produto elaborado é de extrema importância para os alunos que cursarão as clínicas com atendimento odontopediátrico, já que ele padronizará as consultas de manutenção preventiva por meio de uma sequência de questões que devem ser avaliadas nesses retornos. Além disso, as adaptações realizadas nas tabelas para o cálculo do retorno do paciente tornaram-nas mais completas, e sua disponibilização, em formato físico, facilitará a consulta, pelos discentes, dos parâmetros a serem analisados. Destaca-se também como aspecto positivo que, sempre que o paciente retornar, será possível realizar a comparação de sua condição de saúde bucal, em relação à última consulta, e de sua adesão ao tratamento. Ademais, vemos como vantagem que o protocolo pode ser inserido em plataformas digitais, dentro de programas específicos da área odontológica. Em contrapartida, como ponto negativo, apontamos para o fato de não termos conseguido acompanhar o funcionamento do protocolo, não sendo possível avaliar a necessidade de possíveis ajustes para melhoria deste.

## 6.1 PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

### 6.1.1. Exame Clínico

Após a identificação do nome do paciente, o protocolo de manutenção preventiva inicia-se com o exame clínico, uma etapa importante para avaliação da saúde geral e bucal da criança e identificação de alterações precoces, assim como defendido por Guedes-Pinto (2016), Cunha; Corrêa e Corrêa (2017) e Fee *et al*. (2020).

Embora Guedes-Pinto (2016), Raggio et al. (2021) e a Associação Brasileira de Odontopediatria (2024) utilizem nomenclaturas distintas, como exame clínico ou exame físico, exame clínico geral ou aspecto geral, exame extrabucal ou extrabucal regional e intrabucal, todos convergem quanto ao objetivo fundamental: avaliar determinadas estruturas anatômicas, por meio de inspeção, palpação, percussão e auscultação, contemplando linfonodos, articulação temporomandibular, tecidos moles e duros da cavidade bucal, entre outros componentes relevantes.

As unidades anatômicas que foram incluídas para serem analisadas nessa etapa do protocolo são as já presentes na ficha de anamnese utilizada nas clínicas com

atendimento odontopediátrico da Faculdade Sete Lagoas, uma vez que os discentes já estão acostumados com tais estruturas e foram encontradas evidências, como mostrado acima, da importância de estas serem examinadas.

### 6.1.2 Índices

Foram adicionados três índices ao protocolo, com a finalidade de registrá-los, avaliar o risco do paciente a doença cárie dentária e a gengivite e, posteriormente, comparar o acúmulo de biofilme, sangramento gengival e consumo de sacarose, fatores determinantes para o desenvolvimento das doenças citadas, o que justifica sua inclusão na avaliação clínica sistematizada.

Carvalho *et al*. (2023) fez um estudo comparativo de seis tipos de índices de sangramento gengival, sendo eles: *Greene & Vermillion (GV), Quigley & Hein modified by Turesky (QHT), Silness & Löe (SL), Ainamo & Bay (AB), O'Leary (OL), Deinzer (DZ), e bleeding on probing (BOP).* Os autores concluíram que todos os índices apresentam desempenho semelhante, de modo que a seleção do método mais apropriado depende, sobretudo, do tempo necessário para sua aplicação e das características da amostra analisada. O presente estudo, por possuir como público-alvo as crianças, optou por utilizar outro método, o proposto por Carters e Barnes (1974), por ser mais fácil de executá-lo (adaptação do uso de fio dental em substituição à sonda periodontal, tornando-o adequado à faixa etária avaliada) e pontuá-lo (para pontuação, o sangramento será dado como presente ou ausente, e, ao final, deve-se anotar o total de unidades de sangramento total e o total de áreas examinadas).

A avaliação do acúmulo de placa bacteriana pode ser realizada por meio de diferentes índices, entre os quais se destacam: *Silness & Löe Plaque Index* (mede a espessura da placa no sulco gengival), *O'Leary Plaque Control Record* (avalia a porcentagem de sítios com placa visível), *Visible Oclusal Plaque Índex* (atribui de 0 a 4 para a quantidade de placa visível na oclusal dos dentes) e Índice de Placa Visível de Ainamo & Bay (avalia a placa visível, apenas respondendo sim ou não para placa presente ou ausente) (Pacheco *et al*., 2021). Percebe-se, portanto, que cada índice é utilizado para uma finalidade específica, no entanto podem ser adaptados. No presente

estudo, optou-se pela utilização do índice proposto por Ainamo e Bay (1975), em razão de sua simplicidade, rapidez de aplicação e adequada reprodutibilidade, especialmente em protocolos voltados para a população infantil.

O índice de consumo de sacarose pode ser obtido por diferentes métodos de registro alimentar. De acordo com Ferreira, Mizael e Araújo (2018), o diário dietético pode abranger de um a sete dias, contemplando dias úteis e finais de semana; contudo, os autores recomendam a utilização de, no máximo, três ou quatro dias de anotação, a fim de evitar fadiga ou baixa adesão por parte do paciente ou responsável. Guedes-Pinto (2016) concorda com essa estimativa, sugerindo que o registro seja realizado em dois dias da semana e um dia do final de semana, garantindo maior representatividade dos hábitos alimentares. Pordeus *et al*. (2014), por sua vez, orientam o registro de quatro dias, sendo três dias da semana e um do final de semana, metodologia que amplia a acurácia da avaliação ao incorporar variações de consumo características dos sábados e domingos.

No presente protocolo, adotou-se a proposta de Pordeus *et al*. (2014), por se tratar de um método mais abrangente, que contempla tanto os dias da semana quanto o final de semana, proporcionando uma análise mais fidedigna dos padrões alimentares da criança.

### 6.1.3. Situações encontradas

6.1.3.1. Elementos dentários

O exame clínico é dividido em extraoral e intraoral, sendo que, neste último, realiza-se a avaliação da situação dentária do paciente. Para tanto, podem ser empregadas algumas metodologias, dentre elas: o registro por meio do Odontograma – que consiste em uma representação gráfica da boca do paciente, mostrando todos os dentes organizados por quadrantes, sendo necessário realizar o registro por meio de símbolos – ou por meio da avaliação direta - que nada mais é que um registro sistemático por extenso e em sequência da situação clínica encontrada. De acordo com Leal e Zimmermann (2002), (citado pelo Conselho Regional de Odontologia de Sergipe, 2019), o segundo método é o que melhor atende às exigências éticas e legais, uma vez que o

registro detalhado e completo das anotações proporciona uma avaliação fidedigna da condição dentária do paciente.

A metodologia escolhida para o presente estudo foi a avaliação direta - o registro sistemático por extenso - por apresentar maior simplicidade e permitir o registro detalhado das condições encontradas durante o exame clínico. Diferentemente do odontograma, que possui um formato padronizado, essa avaliação direta possibilita anotações mais precisas e individualizadas de cada elemento dentário.

6.1.3.2. Oclusão

Cunha, Corrêa e Corrêa (2010) destacam que, na dentição decídua, a análise oclusal deve contemplar os tipos de arco (Arco de Baume – tipo I e II ou misto), presença de espaços primatas, plano terminal dos segundos molares decíduos, chave de caninos decíduos, sobressalência, sobremordida e mordida de cruzada. Fraga, Roulet e Guedes-Pinto (2016) amplia essa abordagem ao incluir, além da avaliação da dentição decídua, os parâmetros característicos da dentição mista, considerando a relação molar e canina, a relação incisiva e a mordida cruzada. Ademais, para eles, de forma geral, o exame clínico rotineiro da oclusão abrange a observação do perfil e simetria facial, a linha mediana dentária, a relação esquelética maxila/mandíbula, a posição dos lábios no perfil da porção inferior da face, a sequência de erupção, quando o caso for específico. Caso seja necessário, a avaliação é complementada com auxílio de modelo de estudo e técnicas radiográficas especificas.

Para o protocolo proposto, foi adicionado o item referente à avaliação da oclusão, sem determinar cada característica a ser examinada. Optou-se por registrar apenas a presença ou ausência de alterações oclusais. Caso seja identificada alguma anormalidade, procede-se à avaliação detalhada por meio da ficha própria de avaliação ortodôntica infantil, disponibilizada na clínica da Faculdade Sete Lagoas, assegurando a devida contemplação diagnóstica.

6.1.3.3. Escala de Frankl

Existem diversos tipos de escalas de avaliação comportamental disponíveis na literatura para avaliar a atitude de uma criança na consulta odontológica. Nesse sentido, Calderón e Armijos (2024) propõe um estudo comparativo entre essas diferentes escalas, chegando à conclusão de que todas elas, quando comparadas, possuem semelhante confiabilidade e eficácia.

A Escala de Comportamento de Frankl, classifica o comportamento infantil em quatro grupos, de acordo com a cooperação ou falta de cooperação da criança durante o atendimento odontológico. A escala de Medo Infantil – Subescala odontológica (CFSS-DS), tem como objetivo medir a ansiedade odontológica por meio de um questionário. A escala de Avaliação Comportamental da Universidade estadual de Ohio (OSUBRS), avalia o comportamento da criança durante o atendimento, especialmente em ambientes com sedação. A Escala de Imagem Facial utiliza de imagens faciais para avaliar a ansiedade e medo da criança. A escala de Ansiedade Dentária de Corah (Modificada) é usada para avaliar a ansiedade tanto na criança quanto em seus pais a partir de perguntas.

No presente estudo, a escala selecionada para compor o protocolo foi a Escala de Frankl, devido à sua confiabilidade, facilidade de aplicação e capacidade de classificar a colaboração do paciente durante o atendimento odontológico. Tal característica permite, ainda, a comparação entre consultas subsequentes, possibilitando a avaliação da manutenção, melhora ou piora do comportamento da criança ao longo do tempo.

### 6.1.4. Exames complementares

De acordo com Fraga, Roulet e Guedes-Pinto (2016), Cunha, Corrêa e Corrêa (2010) e Raggio, et al. (2021), os exames complementares constituem uma etapa que integra o exame clínico, oferecendo subsídios fundamentais ao estabelecimento do prognóstico, ao planejamento terapêutico e à preservação da saúde do paciente. Tais exames são representados, principalmente, pelos exames radiográficos e laboratoriais,

sendo o radiográfico o mais frequentemente empregado, conforme destaca Cunha, Corrêa e Corrêa (2010).

No presente estudo, os exames complementares foram incorporados ao protocolo adotado, uma vez que se mostram indispensáveis diante de dúvidas diagnósticas. Assim, a solicitação de radiografias tem por finalidade aprofundar a investigação clínica.

### 6.1.5. Intervalo da consulta de manutenção preventiva

Nos estudos pesquisados, podemos observar que todos os autores concordam acerca da importância das consultas de manutenção preventiva na Odontopediatria, no entanto, não há consenso quanto ao tempo de retorno, se este deve ser calculado de forma genérica ou individual.

No que se refere à periodicidade da consulta, Fee *et al*. (2020) afirmam que não houve evidência confiável sobre os intervalos de retorno para o público infantil. Rocha (2025) observa que pacientes que fazem retornos as consultas em intervalos menores, possuem menor probabilidade de necessitar de um tratamento restaurador.

Alguns autores associaram o intervalo da consulta ao risco de desenvolvimento de cárie dentária. Bausells, Benafatti e Cayetano (2011) indicam que a consulta será marcada de acordo com o grau de risco do paciente, sendo 1 mês para alto risco, 3 meses para médio risco e 6 meses para baixo risco e que os retornos nunca devem levar mais de um ano para ocorrer. De forma semelhante, Loken, Wigen e Wang (2019) assinalam que pacientes com alto risco demandam de atendimentos mais frequentes. Já Cunha, Corrêa e Corrêa (2010) afirmam que, generalizando, crianças com médio e baixo risco devem retornar a cada seis meses, alto risco a cada 3 meses e, dependendo da situação, em intervalos menores, podendo voltar mensalmente ou a cada dois meses. Rédua, Rédua e Ortega (2019), por sua vez, concluíram que retornos anuais estão associados a maior probabilidade de desenvolvimento da doença quando comparado a intervalos inferiores a oito meses.

Noronha, Massara e Rédua (2013) defendem que as consultas preventivas devem respeitar um intervalo mínimo de 3 meses e, por razões práticas, o paciente menor de 18 anos pode ser agendado no intervalo de 3, 6, 9 ou 12 meses.

Noronha (2005; 2012) defende que as consultas devem ser agendadas seguindo um cálculo baseado na condição clínica do paciente no momento da consulta. Será atribuída uma pontuação a critérios analisados e, a partir disso, será determinado o intervalo de retorno, podendo ser 1, 2, 3, 4 ou 6 meses.

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria – ABOPED (2024), não deve ser estabelecido um intervalo de retorno fixo, não tendo, na literatura, comprovação científica que sustente que essas visitas devam ocorrer a cada 6 meses. Estas devem ser calculadas baseado nas especificidades e indicadores de risco de cada criança. Ela ainda enfatiza que os intervalos mais curtos (3 ou 4-5 meses) são importantes para um melhor monitoramento das condições de saúde geral e bucal em pacientes classificados como de baixo risco ao desenvolvimento das doenças mais prevalentes, mas, em contrapartida, também podem potencializar iatrogenias devido a sobrediagnósticos e sobretratamentos. Retornos mais longos (12 e 24 meses) seriam uma justificativa aceitável para pacientes de baixo risco. Por fim, a ABOPED (2024) conclui que a doença cárie dentária é o principal critério a ser utilizada para definir quando devem acontecer o retorno às consultas, mas que outras condições também devem ser analisadas, podendo alterar frequência das consultas de manutenção preventiva.

Observa-se, portanto, que a literatura apresenta diversos intervalos propostos e analisados para a realização da consulta de manutenção preventiva. Uma possível explicação para essa heterogeneidade reside no fato de que cada autor adota critérios específicos para avaliação desses atendimentos, emprega metodologias distintas e investiga populações infantis inseridas em contextos variados, o que pode influenciar diretamente os resultados obtidos. Neste estudo, optou-se por adotar o intervalo sugerido por Noronha (2005; 2012) complementado pelas evidências identificadas na literatura, por considerar que essa abordagem oferece um direcionamento mais individualizado e abrangente do atendimento.

#### 6.1.5.1. Critérios

Apesar de não haver consenso em relação ao intervalo da consulta de manutenção preventiva, os autores consideram critérios de avaliação semelhantes para defini-lo, diferenciando-se apenas na forma de abordagem.

Fraga, Roulet, Guedes-Pinto (2016) leva considera os seguintes fatores gerais: atividade prévia de cárie dentária, exames clínicos das lesões cariosas presentes, hábitos alimentares e de higiene bucal, radiografias de controle (dentição permanente com cabeamento pulpar indireto ou direto e tratamentos endodônticos em dentes decíduos). Cunha, Corrêa e Corrêa (2010) considera importante o risco do paciente à doença cárie, o estado da dentição, número e extensão das restaurações, idade da criança, dieta, higiene, grau de cooperação, compreensão e conscientização da criança e dos pais e erupção de novos dentes, especialmente os molares decíduos. Fee *et al.* (2020) afirmam ser importante, nos retornos, perguntar sobre a saúde geral do paciente e examinar os dentes, as gengivas e a boca. Raggio et al. (2021) afirmam que o controle periódico deve ser determinado a partir dos riscos e da atividade das doenças bucais manifestadas pelo paciente e que o acompanhamento radiográfico de traumatismos de terapias pulpares deve ser incluído na fase de manutenção; considera ainda como importante a erupção dos dentes, a reavaliação do diário dietético e a adesão às orientações fornecidas.

Uma possível explicação para a similaridade de critérios identificada na literatura é que, embora cada autor apresente ou enfatize os aspectos de maneira particular, o objetivo central das avaliações permanece o mesmo: de modo geral, convergem para análise dos dentes, dos seus tecidos de suporte, sobretudo a gengiva e dos hábitos de dieta e higiene para avaliar o risco do paciente à cárie e doença periodontal e intervir o mais precocemente possível.

Apesar dessa convergência, é possível identificar diferenças na forma como os critérios são definidos. No estudo proposto por Fontana e Gonzalez-Cabezas (2019), os itens relevantes propostos seriam aqueles relacionados à doença cárie, os fatores de risco como biofilme, consumo de carboidratos e diminuição do fluxo salivar, e os fatores de proteção como a exposição a fluoretos. Bausells, Bnfatti e Caetano (2011), Loken, Wigen e Wang (2019), Rédua, Rédua e Ortega (2019) e a Associação Brasileira de Odontopediatria (2024) também adotam como critério principal para acompanhamento o risco de lesão de cárie. Porém, a Associação Brasileira de Odontopediatria (2024), também chama atenção para outros três critérios: Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte, deficiências e traumatismo dental. Os dois primeiros foram incluídos neste trabalho, por serem entendidos como condições que aumentam a vulnerabilidade desses

pacientes ao desenvolvimento das doenças citadas. Fraga, Roulet e Guedes Pinto (2016), inclui também os traumas dentários, acrescentando, ainda, o acompanhamento do tratamento endodôntico. Tais critérios não foram contemplados no presente estudo por serem compreendidos como situações em que são realizados outros tipos de cálculos para acompanhamento. Rédua, Rédua e Ortega (2019) acompanham e utilizam como critérios em seu estudo o controle do biofilme, presença ou ausência de alterações gengivais, presença de lesão cariosa, risco de desenvolvimento de cárie, necessidade de tratamento, consumo de açúcar, higiene bucal, água fluoretada e aplicação tópica de flúor.

6.1.5.2. Intervalos x Critérios

Os autores mencionados anteriormente não estabeleceram uma forma quantitativa de calcular o intervalo de retorno para a manutenção preventiva. De uma forma geral, limitam-se apenas em orientar que, diante de determinados achados clínicos, o retorno deve ser mais breve ou pode ser mais espaçado, sem apresentar um protocolo estruturado para essa definição. Noronha (2005), entretanto, adota uma abordagem distinta: propõe tabelas que relacionam critérios clínicos ao intervalo de retorno. Em 2005, ele elaborou três tabelas (tabelas 1, 2 e 3) e, em 2012, realizou uma reformulação, expandindo para quatro tabelas, conforme ilustrado nas figuras 5, 6, 7 e 8, incluindo, nesse segundo momento, o atendimento a bebês de zero a 36 meses. Para cada critério, é atribuído um valor, cuja soma define o intervalo recomendado para a consulta de manutenção preventiva, variando entre o menor intervalo de 1 mês e o maior de 6 meses.

Tabela 1: Programa De Manutenção Preventiva Individual para Crianças em Fase de Dentição Decídua (3-5 anos), antes do Irrompimento do Primeiro Molar Permanente

| **PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO DECÍDUA (3-5 ANOS), ANTES DO IRROMPIMENTO DO PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CRITÉRIOS** | **VALOR** | | **SOMA DE VALORES** | **PERIODICIDADE DE RETORNO** |
| **-** | **1** | **2** | **8** | **1 mês** |
| **Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade** | SIM | NÃO | 7 | 2 meses |
| **Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7** | SIM | NÃO | 6 | 3 meses |
| **Lesão ativa em qualquer superfície** | NÃO | SIM | 5 | 4 meses |
| **Lesão ativa em superfície com relativa vulnerabilidade** | NÃO | SIM | 4 | 6 meses |

Fonte: adaptado de Noronha (2005).

Tabela 2: Programa De Manutenção Preventiva Individual para Crianças em Fase de Dentição Mista Inicial e Final (6-11 anos), antes do Irrompimento do Segundo Molar Permanente

| **PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO MISTA INICIAL E FINAL (6-11 ANOS), ANTES DO IRROMPIMENTO DO SEGUNDO MOLAR PERMANENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CRITÉRIOS** | **VALOR** | | **SOMA DE VALORES** | **PERIODICIDADE DE RETORNO** |
| **-** | **1** | **2** | **10/09** | **1 mês** |
| **Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade** | SIM | NÃO | 8 | 2 meses |
| **Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7** | SIM | NÃO | 7 | 3 meses |
| **Lesão ativa em qualquer superfície** | NÃO | SIM | 6 | 4 meses |
| **Lesão ativa no primeiro molar permanente** | NÃO | SIM | 5 | 6 meses |
| **Primeiro molar permanente já em oclusão** | SIM | NÃO | - | - |

Fonte: adaptado de Noronha (2005).

Tabela 3: Programa De Manutenção Preventiva Individual para Crianças em Fase De Dentição Mista Final (9-11 anos) ou Permanente (12-16 anos) após o Irrompimento do Segundo Molar Permanente

| **PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INDIVIDUAL PARA CRIANÇAS EM FASE DE DENTIÇÃO MISTA FINAL (9-11 ANOS) OU PERMANENTE (12-16 ANOS) APÓS O IRROMPIMENTO DO SEGUNDO MOLAR PERMANENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CRITÉRIOS** | **VALOR** | | **SOMA DE VALORES** | **PERIODICIDADE DE RETORNO** |
| **-** | **1** | **2** | **10/09** | **1 mês** |
| **Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade** | SIM | NÃO | 8 | 2 meses |
| **Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7** | SIM | NÃO | 7 | 3 meses |
| **Lesão ativa em qualquer superfície** | NÃO | SIM | 6 | 4 meses |
| **Lesão ativa no primeiro e segundo molares permanentes** | NÃO | SIM | 5 | 6 meses |
| **Segundo molar permanente já em oclusão** | SIM | NÃO | - | - |

Fonte: adaptado de Noronha (2005).

Figura 5 - Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição decídua, de zero a 36 meses.

**Tabela 3.1** Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição decídua, de zero a 36 meses.*

| Critérios | Valor (pontos) | Soma de valores (pontos) | Intervalo de retorno (meses) |
|---|---|---|---|
| Consumo de açúcar até 4 vezes ao dia | Sim = 0<br>Não = 1 | 5-10 | 1 |
| Aleitamento natural e/ou artificial noturno | Sim = 2<br>Não = 0 | 1-4 | 2 |
| Utilização de fluoreto sistêmico e/ou tópico | Sim = 0<br>Não = 3 | 0 | 3 |
| Limpeza/ escovação dos dentes | Sim = 0<br>Não = 4 | | |

*Modificada de Modesto (1998).

Fonte: Noronha (2012).

Figura 6 - Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição decídua (3 a 5 anos), antes do irrompimento do primeiro molar permanente.

**Tabela 3.2** Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição decídua (3 a 5 anos), antes do irrompimento do primeiro molar permanente.*

| Critérios | Valor (pontos) | Soma de valores (pontos) | Intervalo de retorno (meses) |
|---|---|---|---|
| Limpeza suficiente pelos pais/criança, em superfície com relativa vulnerabilidade | Sim = 0<br>Não = 1 | 4 | 1 |
| Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia | Sim = 0<br>Não = 1 | 3 | 2 |
| Utilização adequada de fluoreto | Sim = 1<br>Não = 0 | 2 | 3 |
| Lesão ativa em qualquer superfície | Sim = 1<br>Não = 0 | 1 | 4 |
| | | 0 | 6 |

*Modificada de Carvalho, Ekstrand e Thylstrup (1991).

Fonte: Noronha (2012).

Figura 7 - Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição mista inicial e final (6 a 11 anos), antes do irrompimento do segundo molar permanente.

**Tabela 3.3** Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição mista inicial e final (6 a 11 anos), antes do irrompimento do segundo molar permanente.*

| Critérios | Valor (pontos) | Soma de valores (pontos) | Intervalo de retorno (meses) |
|---|---|---|---|
| Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade | Sim = 0<br>Não = 1 | 4-5 | 1 |
| Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia | Sim = 0<br>Não = 1 | 3 | 2 |
| Utilização adequada de fluoreto | Sim = 0<br>Não = 1 | 2 | 3 |
| Lesão ativa em qualquer superfície | Sim = 1<br>Não = 0 | 1 | 4 |
| Primeiro molar permanente já em oclusão | Sim = 0<br>Não = 1 | 0 | 6 |

*Modificada de Carvalho, Ekstrand e Thylstrup (1991).

Fonte: Noronha (2012).

Figura 8 - Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição mista final (9 a 11 anos) ou permanente (12 a 16 anos), após o irrompimento do segundo molar permanente.

**Tabela 3.4** Critérios clínicos para a determinação do risco da doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção preventiva individual para pacientes em fase de dentição mista final (9 a 11 anos) ou permanente (12 a 16 anos), após o irrompimento do segundo molar permanente.*

| Critérios | Valor (pontos) | Soma de valores (pontos) | Intervalo de retorno (meses) |
|---|---|---|---|
| Limpeza suficiente em superfície com relativa vulnerabilidade | Sim = 0<br>Não = 1 | 4-5 | 1 |
| Consumo de açúcar menor ou igual a quatro vezes ao dia | Sim = 0<br>Não = 1 | 3 | 2 |
| Utilização adequada de fluoreto | Sim = 0<br>Não = 1 | 2 | 3 |
| Lesão ativa em qualquer superfície | Sim = 1<br>Não = 0 | 1 | 4 |
| Segundo molar permanente já em oclusão | Sim = 0<br>Não = 1 | 0 | 6 |

*Modificada de Carvalho, Ekstrand e Thylstrup (1991).

Fonte: Noronha (2012).

No presente estudo, a elaboração da tabela para cálculo do retorno para as consultas de manutenção preventiva fundamentou-se na avaliação de critérios essenciais para o desenvolvimento da cárie dentária e da gengivite, uma vez que tais afecções constituem as doenças bucais mais prevalentes na população infantil. Para tanto, procedeu-se à adaptação da tabela originalmente proposta por Noronha (2005; 2012), com a inclusão de dois critérios adicionais identificados como relevantes a partir da análise da literatura: defeito de desenvolvimento do esmalte e condição de pessoa com deficiência.

Os estudos encontrados referentes ao intervalo de retorno e os critérios analisados na consulta de manutenção preventiva foram resumidos na tabela 4.

Tabela 4 – resumo do intervalo de retorno e os critérios analisados na consulta de manutenção preventiva

| AUTOR (ES) | ANO | CRITÉRIOS ANALISADOS NA CONSULTA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA | TEMPO DE RETORNO |
|---|---|---|---|
| Noronha | 2005 | Limpeza suficiente pelos pais/criança em superfície com relativa vulnerabilidade.<br>Índice de consumo de sacarose menor ou igual a 7<br>Lesão ativa em qualquer superfície.<br>Lesão ativa em superfície com relativa vulnerabilidade.<br>Lesão ativa no primeiro molar permanente.<br>Primeiro molar permanente já em oclusão.<br>Lesão ativa no primeiro e segundo molares permanentes.<br>Segundo molar permanente já em oclusão. | Variável entre 1 e 6 meses dependente dos critérios analisados. |
| Cunha, Corrêa, Corrêa | 2010 | Risco do paciente à doença cárie.<br>Estado da dentição.<br>Número e extensão das restaurações.<br>Idade da criança.<br>Dieta e higiene.<br>Grau de cooperação.<br>Compreensão e conscientização da criança e dos pais.<br>Erupção de novos dentes, especialmente os molares decíduos. | Alto risco: 3 meses.<br>Médio risco: a cada 5 meses.<br>Baixo risco: a cada 3 meses.<br>*Dependendo da situação: a cada 2 meses ou mensalmente. |
| Noronha, Massara e Redua | 2010 | Risco e atividade de qualquer doença que afete a estrutura dentária, gengiva e periodonto.<br>Alterações na oclusão, na mucosa, tecidos ósseos e na articulação temporomandibular. | Mínimo 3 meses para todas as idades.<br>Menores de 18 anos podem ser marcados a cada 3, 6, 9 ou 12 meses. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bausells, Benafatti e Cayetano | 2011 | Risco de cárie. | Alto risco: 1 mês.<br>Médio risco: 3 meses<br>Baixo risco: 6 meses.<br>Nunca deve retornar com mais de um ano. |
| Raggio *et al.* | 2021 | Riscos e atividade das doenças bucais manifestadas pelo paciente.<br>Radiografias periapicais de controle de traumatismos de terapias pulpares.<br>Higiene e dieta.<br>Erupção dos dentes.<br>Adesão às orientações fornecidas. | Não especificado. |
| Noronha | 2012 | Consumo de açúcar.<br>Aleitamento natural e/ou artificial noturno.<br>Utilização de fluoreto sistêmico e/ou tópico.<br>Limpeza/escovação dos dentes.<br>Lesão ativa em qualquer superfície.<br>Primeiro molar permanente já em oclusão.<br>Segundo molar permanente já em oclusão. | Variável entre 1 e 6 meses dependente dos critérios analisados. |
| Fraga, Roulet, Guedes-Pinto | 2016 | Atividade prévia de cárie dentária.<br>Exames clínicos das lesões de cárie presentes.<br>Higiene e dieta.<br>Radiografias de controle: dentição permanente com capeamento pulpar indireto ou direto, tratamentos endodônticos em dentes decíduos.<br>Grandes reabilitações, próteses e/ou aparelhos ortopédicos/ortodônticos. | Dentição permanente com capeamento pulpar indireto: controle radiográfico após 45 a 60 dias.<br>Dentição decídua com tratamento pulpar: controle radiográfico após 90 dias.<br>Grandes reabilitações, próteses e/ou aparelhos ortopédicos/ortodônticos: mais frequente. |
| Fontana e Gonzalez-Cabezas | 2019 | Fatores de risco para a cárie: presença de placa bacteriana, consumo frequente de carboidratos, diminuição da taxa de fluxo salivar.<br>Fatores de proteção para a cárie: exposição a fluoretos. | Não especificado. |
| Loken, Wigen e Wang | 2019 | Risco de cárie. | Pacientes com alto risco de cárie demandam de retornos mais frequentes. |
| Rédua, Rédua e Ortega | 2019 | Controle do biofilme.<br>Presença ou ausência de alterações gengivais.<br>Presença de lesão cariosa.<br>Risco de desenvolvimento de cárie.<br>Necessidade de tratamento.<br>Consumo de açúcar.<br>Higiene bucal.<br>Água fluoretada.<br>Aplicação tópica de flúor. | Não especificado. Afirmam que pacientes que retornam com menos de 8 meses tem menos chance de ter cárie do que os que retornam com 12 meses. |
| Fee *et al.* | 2020 | Cárie dentária.<br>Doença periodontal.<br>Presença/ausência de lesões mucosas potencialmente malignas.<br>Lesões cancerosas.<br>Tamanho e estágio das lesões cancerosas no diagnóstico. | Não houve evidência confiável sobre os intervalos de retorno para o público infantil. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes.<br>Satisfação do responsável com o prestador de cuidados e com os atendimentos recebidos.<br>Conforto bucal do paciente.<br>Outros danos à saúde bucal. | |
| Associação Brasileira de Odontopediatria | 2024 | Risco de cárie.<br>HMI.<br>Desgaste dentário erosivo.<br>Traumatismo dental. | Alto risco: 3, 4 ou 5 meses.<br>Médio risco: não especificado.<br>Baixo risco: entre 12 e 24 meses. |
| Rocha | 2025 | Exame clínico.<br>Avaliação do Índice de Placa Visível (IPV).<br>Índice de Sangramento Gengival (ISG).<br>Controle do biofilme.<br>Flúor.<br>Dieta. | Não especificado. Pacientes que fazem retornos longos possuem maior chance de precisar de algum tipo de tratamento curativo. |

Fonte: autoria própria (2025).

## 7. CONCLUSÃO

A elaboração e aplicação do protocolo de manutenção preventiva no atendimento odontológico representam um avanço significativo na qualificação dos cuidados prestados nas clínicas da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE). Ao contemplar critérios essenciais para a avaliação das doenças bucais mais prevalentes — como cárie e doença periodontal — e orientar o cálculo individualizado da periodicidade de retorno, o protocolo permite que o aluno acompanhe de forma eficaz a saúde bucal do paciente, favorecendo a prevenção do surgimento de agravos ou o tratamento precoce quando necessário.

Além disso, o protocolo reforça a importância da manutenção preventiva como eixo central da prática odontológica contemporânea, promovendo a transição de um modelo predominantemente restaurador para uma abordagem proativa, educativa e contínua. Essa mudança valoriza a vigilância clínica, o controle dos fatores de risco e o estímulo à adoção de hábitos saudáveis.

Espera-se que o protocolo seja incorporado à rotina clínica e sirva de base para futuras revisões, pesquisas e expansão de práticas preventivas na instituição. Ressalta-se, ainda, a necessidade de novos estudos sobre o tema, uma vez que a literatura disponível se mostrou limitada.

## REFERÊNCIAS

ABANTO, J. *et al. Effectiveness of a preventive program based on caries risk assessment and recall intervals on the incidence and regression of initial caries lesions in children.* ***International journal of paediatric dentistry,*** v. 25, n. 4, p. 291-299, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ipd.12144 Acesso em: 24 nov. 2025.

ALSHAMMARI, A. *et al*. *Effect of malocclusion on jaw motor function and chewing in children: a systematic review*. ***Clinical Oral Investigations***, v. 26, n. 3, p. 2335-2351, mar. 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8898242/ Acesso em: 10 nov. 2025.

ALVES, L. S. *et al*. *Eruption stage of permanent molars and occlusal caries activity/arrest.* ***Journal of Dental Research***, v. 93, n. 7_suppl, p. 114S-119S, 2014. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034514537646 Acesso em: 23 nov. 2025.

*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY et al*. *Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents*. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 6, p. 194-204, sep. 2018. Disponível em: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Periodicity.pdf Acesso em: 10 jun. 2025.

*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior guidance for the pediatric dental patient.* ***The Reference Manual of Pediatric Dentistry****. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry,* 2024. p. 358-78. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf Acesso em: 18 nov. 2025.

*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Periodontal conditions in pediatric dental patients.* ***The Reference Manual of Pediatric Dentistry****. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry,* 2024. p. 505-22. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_periotherapy.pdf Acesso em: 25 jun. 2025.

*AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Dental Radiographic Examinations: Recommendations for Patient Selection and Limiting Radiation Exposure. Rockville, MD: FDA,* 2012. Disponível em: https://www.fda.gov/media/84818/download Acesso em: 19 nov. 2025.

ARIMA, L. Y. *et al*. Defeitos do Desenvolvimento do Esmalte. In: HADDAD, A. E.; DA CRUZ D. S.; BONECKER, M. **Odontopediatria ao Alcance de Todos: Práticas Clínicas para os Serviços Público e Privado**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2021. p. 62-76.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria.** São Paulo: Santos Publicações, 2024. 400p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Diagnóstico e Elaboração do Plano de Tratamento. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria.** São Paulo: Santos Publicações; 2024. p. 23-34.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Manejo Farmacológico do Comportamento. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria**. São Paulo: Santos Publicações, 2024. p. 23-34.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Manejo Não Farmacológico do Comportamento. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria**. São Paulo: Santos Publicações, 2024. p. 23-34.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Orientações de Práticas Alimentares. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA**. Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria.** São Paulo: Santos Publicações, 2024. p. 83-89.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Recomendações referentes à tomada de decisão quanto ao manejo de lesões de cárie**. São Paulo: Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, 2021. Disponível em: https://site.crosp.org.br/uploads/paginas/e076aae6c471662d6a24489cb8568e8c.pdf Acesso em: 20 jun. 2015.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**. São Paulo: APCD, v. 75, n. 4, out.-nov.-dez. 2021. Trimestral. 468p. Disponível em: https://online.fliphtml5.com/dmnum/zzpx/?utm_source=banner_area_associado_revista_apcd&utm_medium=banner&utm_campaign=revista_apcd_75_4&utm_id=revista_apcd_out_nov_dez_2021#p=1 Acesso em: 11 jul. 2025.

AZEVEDO, C. L. *et al*. *Selfie dental plaque index: A new tool for dental plaque assessment.* ***Journal of Clinical and Experimental Dentistry***, v. 14, n. 11, p. e926, nov. 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9701342/ Acesso em: 10 jun. 2025.

BARBOSA, T. S. *et al*. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. ***Physis*****: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 283-300, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n1/283-300/pt Acesso em: 10 jun. 2025.

BAUSELLS, J.; BENFATTI, S. V.; CAYETANO, M.H. Medidas Preventivas. In: _____. **Interação Odontopediátrica: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Santos, 2011. p. 75-96.

BAUSELLS, J.; BENFATTI, S. V.; CAYETANO, M. H. **Interação Odontopediátrica: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Santos, 2011. 364p.

BENSI, C. *et al*. *Relationship between preterm birth and developmental defects of enamel: A systematic review and meta‐analysis*. ***International Journal of Paediatric Dentistry***, v. 30, n. 6, p. 676-686, nov. 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12646 Acesso em: 11 set. 2025.

BRAGA, MARIANA M.; MENDES, FAUSTO M.; EKSTRAND, K. R. *Detection activity assessment and diagnosis of dental caries lesions.* ***Dental clinics***, v. 54, n. 3, p. 479-493, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630191/ Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 08 set. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal [recurso eletrônico].** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 45 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf Acesso em: 5 jun. 2025

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Guia de atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 120 p. Disponível em: http://editora.saude.gov.br Acesso em: 26 set. 2025.

CABRAL, F. C. A. Periodontia na Primeira Infância. In: CORRÊA M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2010. p. 443-475.

CALDERÓN, M. B.; ARMIJOS, M. de L. *Evaluation of the effectiveness of behavioral scales in pediatric dentistry: a literature review.* Anatomia Digital, v. 7, n. 3.2, p. 118-141, 2024. DOI: 10.33262/anatomiadigital.v7i3.2.3110. Disponível em: https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/3110 Acesso em: 19 nov. 2025.

CARVALHO, A. P.; MOURA, M. F.; COSTA, F. O.; COTA, L. O. M. *Correlations between different Plaque indexes and bleeding on probing: a concurrent validity Study.* ***Journal of clinical and Experimental Dentistry,*** v. 15, n.1, p. E9-e16, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9899362/pdf/jced-15-e9.pdf Acesso em: 18 nov. 2025.

CARTER, H. G.; BARNES, G. P. *The gingival bleeding index*. ***Journal of Periodontology***, v. 45, n. 11, p. 801–805, nov. 1974. Disponível em: https://doi.org/10.1902/jop.1974.45.11.801. Acesso em: 10 jun. 2025.

CHEN, H. *et al*. *Prevalence of malocclusion traits in primary dentition: a systematic review.* ***BMC Oral Health*****,** v. 24, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38998856/ Acesso em: 9 nov. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE. **Manual de Orientação ao Cirurgião-Dentista. Aracaju:** CRO-SE, 2019. Disponível em: https://crose.org.br/download/manual-de-orientacao-do-cirurgiao-dentista-2019_7626b322be3f4675d4ae7ef360697.pdf Acesso em 19 nov. 2025.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2010. 923p.

CRESCENTE, C. L. *et al*. *Biofilm accumulation and sucrose rinse modulate calcium and fluoride bioavailability in the saliva of children with early childhood caries*. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 10283, june. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41598-022-14583-2 Acesso em: 12 jun. 2025.

CUNHA, W. A.; CORRÊA, F. N. P.; CORRÊA, M. S. N. Plano de tratamento: uma visão holística do paciente infantil. In: _____. **Odontopediatria na Primeira Infância.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2010. 923p 287-316.

DA SILVA, S. V. *et al*. Hipoplasia de esmalte: revisão de literatura. ***Brazilian Journal of Health Review***, v. 6, n. 6, p. 31078-31093, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-347 Acesso em: 23 nov. 2025.

DE OLIVEIRA, M. C. S. *et al*. A importância do diário de dieta no plano de tratamento em odontopediatria: revisão de literatura. ***Brazilian Journal of Development***, v. 6, n. 8, p. 63512-63521, ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-690 Acesso em: 25 set. 2025.

DOMYATI A. *et al*. Radiografia odontológica pediátrica: segurança, técnicas e aplicações diagnósticas. ***International Journal Of Community Medicine And Public Health*****.** Disponível em: https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20234153 Acesso em: 19 nov. 2025.

DUARTE, C. A.; LOTUFO, R. F. M.; RODRIGUES, A. S. Biofilme Dentário | Importância Clínica. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. p. 239-248.

ESPERANCINHA, C.; MENDES, S.; BERNARDO, M. *Malocclusion in deciduous dentition: a cross-sectional study in a Portuguese preschool population*. **European**

**Archives of Paediatric Dentistry,** v. 25, n. 5, p. 721-729, 2024. DOI: 10.1007/s40368-024-00935-1 Acesso em: 8 nov. 2026.

FEE, P. A. *et al. Recall intervals for oral health in primary care patients.* ***Cochrane Database of Systematic Reviews***, oct. 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8256238/pdf/CD004346.pdf Acesso em: 15 jul. 2025.

FEJERSKOV, O.; NYVAD, B.; KIDD, E. **Cárie Dentária: Fisiopatologia e Tratamento.** Tradução: Ana Julia Perrotti Garcia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 574 p.

FEJERSKOV, O.; NYVAD, B.; KIDD, E.A.M. CÁRIE DENTÁRIA | O QUE É. In: _____. **Cárie Dentária: Fisiopatologia e Tratamento.** Tradução: Ana Julia Perrotti Garcia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 16-19.

FERREIRA, G. C.; MIZAEL, V. P.; ARAÚJO, T. G. F. Utilização do diário alimentar no diagnóstico do consumo de sacarose em odontopediatria: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de odontologia – UPF,** Passo Fundo, v.23, n.1, p. 68-72, jan./abr. 2018. Disponível em: https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/8506 Acesso em: 18 nov. 2025.

FIORELLINI, J. P.; KIM, D. M.; UZEL, N. G. Inflamação Gengival. In: NEWMAN M.G. *et al*. **Carranza Periodontia Clínica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 199-255.

FONTANA, M.; GONZALEZ-CABEZAS, C. *Evidence-based dentistry caries risk assessment and disease management.* ***Dental Clinics***, v. 63, n. 1, p. 119-128, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.08.007 Acesso em: 22 nov. 2025.

FRAGA, C. P. T.; ROULET, P. C.; GUEDES-PINTO, A. C. Exame Diagnóstico e Plano de Tratamento. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. p. 185-203.

GANDHI, J. M.; GOVINDARAJU, L. Avaliação da necessidade de radiografias panorâmicas em crianças menores de 6 anos de idade: um estudo retrospectivo. ***Journal of Family Medicine and Primary Care*****,** v. 11, n. 5, p. 2146–2149, maio. 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9254808/ Acesso em: 22 nov. 2025.

GENOVESE, W. J. Exames complementares na clínica odontológica: um guia dos exames pré e pós-operatórios necessários à prática eficiente da implantodontia bucal, da periodontia e da cirurgia bucomaxilofacial. Uberaba, MG: Petrópolis, 1996.

GEVERT, M. V. *et al*. *Which are the clinical consequences of Molar Incisor hypomineralization (MIH) in children and adolescents? Systematic review and meta-analysis.* ***Clinical Oral Investigations***, v. 28, n. 7, p. 415, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00784-024-05800-5 Acesso em: 23 nov. 2025.

GOMES, S. C.; ANGST, P. D. M. Tratamento das doenças periodontais. In: KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. **Periodontia Laboratorial e Clínica.** São Paulo: Artes Médicas, 2013. p. 48-52.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 836 p.

GUEDES-PINTO, A. C.; DE ALMEIDA, E. R. Nutrição e Dieta em Odontopediatria | Hábitos Alimentares e Saúde Bucal na Infância. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. p. 397-406.

GUEDES-PINTO, A. C.; SANTOS, E. M.; MELLO-MOURA, A. C. V. Odontogênese. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. p. 3-15.

HADDAD, A. E.; DA CRUZ D. S.; BONECKER, M. **Odontopediatria ao Alcance de Todos: Práticas Clínicas para os Serviços Público e Privado**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2021. 291 p.

IMPARATO, J. C. P.; DUARTE, D. A.; MANDRO, A. R. G. **Odontopediatria: Prática de Saúde Baseada Em Evidências.** São Paulo: Elsevier, 2012. 376 p.

JACKSON, S. L. *et al*. *Impact of poor oral health on children's school attendance and performance.* **American journal of public health**, v. 101, n. 10, p. 1900-1906, oct. 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3222359/ Acesso em: 10 jun. 2025.

KATCHBURIAN, E.; ARANA CHÁVEZ, V. E. Esmalte. In: _____. **Histologia e embriologia oral: texto, atlas e correlações clínicas:** texto, atlas e correlações clínicas. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 262-310.

KATCHBURIAN, E.; ARANA CHÁVEZ, V. E. **Histologia e embriologia oral: texto, atlas e correlações clínicas:** texto, atlas e correlações clínicas. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 381 p.

KLATCHOIAN, D. A.; NORONHA, J. C.; TOLEDO, O. A. Adaptação Comportamental do Paciente Odontopediátrico. In: MASSARA, M. L., A.; RÉDUA, P. C. B (Coord.) **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria.** 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 25-36.

KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. **Periodontia Laboratorial e Clínica.** São Paulo: Artes Médicas, 2013. 160 p.

KÜHNISCH, J. *et al*. *Best clinical practice guidance for prescribing dental radiographs in children and adolescents: an EAPD policy document.* ***European Archives of Paediatric Dentistry***, v. 21, n. 4, p. 375-386, 2020. Disponível em: https://www.icoev.es/wp-content/uploads/2022/04/EAPD_Radiographs_2019.pdf Acesso em: 22 nov. 2025.

LINDHE, J.; LANG, N. P**. Tratamento de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.** Tradução: Maria Cristina Motta Schimmelpfeng. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1822 p.

LOKEN, S. Y.; WIGEN, T. I.; WANG, N. J. *Recall intervals in children are individualized and extended.* ***Acta Odontologica Scandinavica****,* [S.l.], v. 77, n. 4, p. 293-297, 2019. DOI: 10.1080/00016357.2018.1552523. Acesso em: 25 set. 2025.

LYNCH, R. J. M. *The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review.* ***International dental journal****,* v. 63, p. 3-13, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1111/idj.12074 Acesso em: 23 nov. 2025.

LUNDGREN, G. P.; DAHLLÖF, G. *Advances in clinical diagnosis and management of amelogenesis imperfecta in children and adolescents*. ***Journal of Dentistry****,* p. 105149, aug. 2024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030057122400318X?via%3Dihub Acesso em: 25 maio. 2025.

MALTZ, M. *et al*. Cárie Dentária: conceitos e terminologia. In: _____. **Cariologia: Conceitos Básicos, Diagnóstico e Tratamento Não Restaurador.** São Paulo: Artes Médicas, 2016. p. 1-16.

MALTZ, M. *et al*. **Cariologia: Conceitos Básicos, Diagnóstico e Tratamento Não Restaurador.** São Paulo: Artes Médicas, 2016. 144p.

MANFRO, A. R. G. M.; TAVARES, B. S.; AMARAL, R. C.; IMPARATO, J. C. P. Exame de Reavaliação: Qual é o Intervalo Ideal? In: IMPARATO, J. C. P.; DUARTE, D. A.; MANFRO, A. R. G. **Odontopediatria: Prática de Saúde Baseada Em Evidências.** São Paulo: Elsevier, 2012. 376 p.

MARIOTTI, A. Doenças Gengivais Induzidas pela Placa. In: LINDHE, J.; LANG, N. P**. Tratamento de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.** Tradução: Maria Cristina Motta Schimmelpfeng. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 520-540.

MARSH, P. D.; ZAURA, E. Dental biofilm: ecological interactions in health and disease. **Journal of clinical periodontology**, v. 44, p. S12-S22, mar. 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12679 Acesso em: 10 jul. 2025

MASSARA, M. L. A.; RÉDUA, P. C. B (Coord.) ***Manual De Referência para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría*****.** São Paulo: Santos, 2010. 264 p.

MASSARA, M. L. A.; RÉDUA, P. C. B (Coord.) **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria.** 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. 344 p.

MENDONÇA, F. L. *et al*. *What can impact on the presence of carious lesions in first permanent molars? Revisiting the association between MIH and caries.* ***Clinical Oral***

***Investigations***, v. 28, n. 8, p. 423, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00784-024-05768-2 Acesso em: 23 nov. 2025.

MURAKAMI, S. *et al*. *Dental plaque–induced gingival conditions.* ***Journal of clinical periodontology***, v. 45, p. S17-S27, june. 2018. Disponível em: https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/JPER.17-0095 Acesso em: 10 jul. 2025.

NEWMAN M. G. *et al*. **Carranza Periodontia Clínica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 856 p.

NEWSOME, P.; SMALES, R.; YIP, K. *Oral diagnosis and treatment planning: part 1. Introduction.* **British dental journal**, v. 213, n. 1, p. 15-19, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.559 Acesso em: 17 nov. 2025.

NÓBREGA, A. V. *et al*. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de pré-escolares mensurado pelo questionário PedsQL. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4031-4042, nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/znmqWZcP7wCsc6rbGbKgCkh/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 10 jun. 2025.

NORONHA, J. C. Plano de tratamento. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para prática clínica.** 4. ed. São Paulo: Medbook, 2012. 55-62 p.

NORONHA, J. C.; MASSARA, M. L. A.; RÉDUA, P. C. B. Risco e Atividade de Cárie – Consultas de Manutenção Preventiva. In: MASSARA, M. L., A.; RÉDUA, P. C. B (Coord.) **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. 344 p.

NORONHA, J. C.; RÉDUA, P. C. B.; MASSARA, M. L. A. Frequência das Consultas de Manutenção Preventiva. In: MASSARA, M. L. A.; RÉDUA, P. C. B (Coord.) **Manual De Referência para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría.** São Paulo: Santos, 2010. p. 259-265.

NORONHA, J. C. *et al*. Saúde bucal na infância e adolescência. **Rev Med Minas Gerais**, v. 29, n. Supl 13, p. S86-S90, 2019. Disponível em: https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2630 Acesso em: 20 nov. 2025.

O'LEARY, FIONA *et al*. The *prevalence of developmental defects of enamel in people with cystic fibrosis: a systematic review.* ***BMC Oral Health***, v. 24, n. 1, p. 446, apr. 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11015619/ Acesso em: 25 set. 2025.

PACHECO, V. M. B.; *et al. Is oral hygiene performed by caregivers of children and adolescents with cerebral palsy effective?* ***Research, Society and Development*****,** v. 10, n. 15, p. e205101522571, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/22571 Acesso em: 18 nov. 2025.

PAPAPANOU, P. N.; LINDHE, J. Epidemiologia das Doenças Periodontais. In: LINDHE, J.; LANG, N. P**. Tratamento de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.** Tradução: Maria Cristina Motta Schimmelpfeng. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 213-266

PATEL, S.; BAY, R. C.; GLICK, M. *A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries.* ***The Journal of the American Dental Association****,* v. 141, n. 5, p. 527-539, may. 2010. Disponível em: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61526-9/abstract Acesso em: 09 jun. 2025.

PERES, M. A. *et al*. *Oral diseases: a global public health challenge.* ***The Lancet***, v. 394, n. 10194, p. 249-260, jul. 2019. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31146-8/abstract Acesso em: 10 jun. 2025.

PINTO, L. X. L *et al*. Defeitos no desenvolvimento do esmalte dentário: etiologia, características clínicas e tratamento–uma revisão integrativa*.* ***Brazilian Journal of Health Review****,* v. 6, n. 6, p. 31042-31059, nov-dec. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-345 Accesso em: 25 set. 2025.

PINTO-SANTOS, L. *et al*. Hipomineralização de Molares e Incisivos: conceitos e práticas atuais. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**. São Paulo: APCD, v. 75, n. 4, out.-nov.-dez. 2021. Trimestral. p. 383-390. Disponível em: https://online.fliphtml5.com/dmnum/zzpx/?utm_source=banner_area_associado_revista_apcd&utm_medium=banner&utm_campaign=revista_apcd_75_4&utm_id=revista_apcd_out_nov_dez_2021#p=1 Acesso em: 11 jul. 2025.

PORDEUS, I. A. *et al.* Dieta e flúor: da estratégia populacional à abordagem individual. In: PORDEUS, I.A; PAIVA, S.M. **Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 30-43.

PORDEUS, I. A; PAIVA, S.M. **Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.160 p.

QUEIROZ, F. S *et al.* Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 6, p. 396-401, nov-dez. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-2577.1013 Acesso em: 25 set. 2025.

RAGGIO, D. P., *et al.* Exame clínico e plano de tratamento. In: HADDAD, A. E.; DA CRUZ D. S.; BONECKER, M. **Odontopediatria ao Alcance de Todos: Práticas Clínicas para os Serviços Público e Privado**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2021. 161-180 p.

RÉDUA, R. B.; RÉDUA, P. C. B.; ORTEGA, A. O. L. *Importance of dental clinic recalls for caries prevention in children: practice-based research.* ***Journal of Clinical Pediatric***

***Dentistry***, v. 43, n. 6, p. 376-381, oct. 2019. Disponível em: https://www.jocpd.com/articles/10.17796/1053-4625-43.6.3 Acesso em: 16 out. 2025.

REHER, V. G. S.; REHER, P. Introdução à Anatomia Dental Humana. In: TEIXEIRA, L. M. S; REHER, P.; REHER, V. G. S. **Anatomia Aplicada a Odontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020, p. 372-389.

ROCHA, L. C. *et al*. *Probability of referral to curative dental treatment in a preventive pediatric dentistry program.* ***Brazilian Oral Research***, v. 39, p. e039, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bor/a/6hLXLqyvrQXj9HzZMvbqBqH/?format=html&lang=en Acesso em: 18 nov. 2025.

RODRIGUES, C. R. M. D. *et al*. Plano de Tratamento: Uma Visão Holística do Paciente Infantil. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2010. p. 287-315.

SÁ E ROCHA, R. *et al*. Fatores associados à cárie dentária em primeiros molares permanentes: uma avaliação longitudinal. **Revista do CROMG**, v. 22, n. Supl. 4, 2023. Disponível em: https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/571/254 Acesso em: 18 nov. 2025.

SALEH, S. S. B. *Etiology, classification, and restorative management of amelogenesis imperfecta among children and young adults: a scoping review.* ***Cureus***, v. 15, n. 12, dec. 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10765965/ Acesso em: 25 maio. 2025.

SANTOS BARRERA, M. *et al. Oral habits in childhood and occlusal pathologies: a cohort study.* ***Clinics and Practice***, v. 14, n. 3, p. 718-728, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3390/clinpract14030057 Acesso em: 09 nov. 2025.

SANZ, M. *et al*. *Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease.* ***Journal of clinical periodontology***, v. 44, p. S5-S11, mar. 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12682 Acesso em: 10 jun. 2025.

TEIXEIRA, L. M. S.; REHER, P.; REHER, V. G. S. **Anatomia Aplicada a Odontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 379 p.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Medbook, 2012. 432 p.

TROMBELLI, L. *et al*. *Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations.* ***Journal of clinical periodontology***, v. 45, p. S44-S67, jun. 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12939 Acesso em: 10 jun. 2025.

WANDERLEY, M. T.; NOSÉ, C. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Educação e Motivação na Promoção da Saúde Bucal. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância.** 3. ed. São Paulo: Santos, 2010. p. 477-501.

*WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sugars and dental caries*. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: https:// bit.ly/388Bxpr Acesso em: 03 jun. 2025.

WRIGHT, G.Z.; KUPIETZKY, A. (Ed.). *Behavior management in dentistry for children.* **John Wiley & Sons**, 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=YMKnAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP9&dq=Behavior+management+in+dentistry+for+children&ots=87eNJdJVoh&sig=0quhPwcH3OWMyLPmafdR1VlViE4&redir_esc=y#v=onepage&q=Behavior%20management%20in%20dentistry%20for%20children&f=false Acesso em: 18 nov. 2025.

YOU, WENZHE *et al*. *Radiographic analysis of primary first molars in pediatric dentistry: a retrospective study.* ***BMC Oral Health***, v. 25, n. 1, p. 1650, 2025. Disponível em: https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12903-025-06803-8.pdf Acesso em: 22 nov. 2025.

ZENKNER, J. E. A. *et al. Influence of eruption stage and biofilm accumulation on occlusal caries in permanent molars: a generalized estimating equations logistic approach.* ***Caries Research****,* v. 47, n. 3, p. 177-182, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23221986/ Acesso em: 23 nov. 2025.