



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LAURA ROSA OLIVEIRA CASTRO

**GUIA DE PRÁTICAS CLÍNICAS EM ODONTOPEDIATRIA: ELABORAÇÃO DE
RECURSO EDUCACIONAL PARA ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

**SÃO LUÍS- MA
2025**

LAURA ROSA OLIVEIRA CASTRO

GUIA DE PRÁTICAS CLÍNICAS EM ODONTOPEDIATRIA: ELABORAÇÃO DE
RECURSO EDUCACIONAL PARA ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA.

Trabalho de conclusão de curso (TCC), apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal do Maranhão, como pré-requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Gisele Guariguasi Tobias Lima
da Silva.

SÃO LUÍS-MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira Castro, Laura Rosa.

Guia Prático de Odontopediatria / Laura Rosa Oliveira
Castro. - 2026.

119 p.

Orientador(a): Gisele Guriguasi Tobias Lima da Silva.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2026.

1. Odontopediatria. 2. Educação Em Odontologia. 3.
Educação Em Saúde. 4. Guia de Estudo. I. Guriguasi
Tobias Lima da Silva, Gisele. II. Título.

LAURA ROSA OLIVEIRA CASTRO

**Guia de Práticas Clínicas em Odontopediatria: Elaboração de
Recurso Educacional para Estudantes de Odontologia**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como pré-requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia

TCC apresentado em: 19/01/2026

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Gisele Quariguasi Tobias da Silva

Orientadora

Prof. Dr. Tarcísio Jorge Leitão

Avaliador

Prof.^a Dr.^a Dyele Kalyne Costa da Silva

Avaliador

Prof. Dr. Marcio Antonio Rodrigues Araujo

Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus e à minha amada família, que sempre foram meu porto seguro e minha força, ao meu esposo que me acompanhou durante a vida acadêmica e esteve ao meu lado nessa trajetória sendo casa e força. Amo vocês.

Agradecimentos

Acima de tudo, agradeço a Deus, por sempre ouvir minhas orações, guiar meus caminhos e proteger a mim e minha família. Tudo que sou e tenho é graças ao Senhor.

Aos meus pais, Jorciane de Oliveira Ramalho, Marcelo de Oliveira Ramalho e Ronaldo Ferreira de Castro, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Vocês foram a minha base durante toda a vida e não foi diferente durante a graduação. Todas as minhas conquistas só foram possíveis pois estiveram ao meu lado e me deram, acima de qualquer coisa, amor. Não sou nada sem vocês.

Aos meus irmãos, Marcelo de Oliveira Ramalho, Linda Vitória de Oliveira Ramalho, que deixam meus dias mais leves, me apoiam, ouvem e riem comigo. Contem comigo para sempre. Amo muito vocês.

Aos meus irmãos, Sofia Roberta da Silva Castro e Ronald Roberto da Silva Castro, que alegam meus dias. Sou grata a Deus por ver vocês crescerem.

À minha madrastra, Cristiane Roberta da Silva, por todo gesto de apoio e preocupação.

Ao meu esposo, Gabriel Alves Vale, que sempre está ao meu lado, é meu porto seguro, minha casa e o amor da minha vida. Obrigada por ser meu companheiro de vida, sem você nada disso seria possível. Obrigada por sempre segurar minha mão e erguer minha cabeça todas as vezes que pensei em desistir, por me direcionar novamente ao caminho quando estive perdida, e por fazer as coisas voltarem a ter sentido quando perdiam o sentido. Você é minha fortaleza, meu porto seguro. Amo você.

À minha avó, Laura Souza de Oliveira, que dividiu alegrias e angústias comigo durante o cursinho e faculdade. Foi minha companheira durante os primeiros anos de faculdade. Te amo, vó.

Aos meus amigos, Letícia, Lucas, Fernanda, Manuella, Gabriel, Yanne, por sempre que possível deixaram meus dias mais felizes, leves e marcantes. Obrigada por cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e pelas risadas. Amo vocês incondicionalmente.

À minha dupla da faculdade, Marina Nascimento, por ser acima de tudo, uma irmã. Obrigada por estar comigo todos os dias, sem você não seria possível. Marina é um exemplo de amiga, colega de faculdade, irmã e profissional. Eu tenho muito orgulho de você e finalizar esse ciclo sendo sua amiga e ao seu lado não tem preço. Teremos muitas histórias para contar. Eu peço a Deus que sempre abençoe sua vida e seu caminho. Amo você demais. Obrigada por tudo. Vou sentir muita falta dos nossos dias.

À minha primeira dupla, Edson Trindade, que sempre alegra nossos dias e nos faz enxergar que nenhum problema é tão grande quanto parece ser. Edson, é um privilégio finalizar esse ciclo ao seu lado, meu amigo. Desejo sempre sucesso.

À minha orientadora, Gisele Guariguasi Tobias Lima da Silva, por aceitar me orientar na elaboração deste trabalho, por ser meu exemplo de profissional e uma mulher excepcional. Você é minha inspiração na graduação e na vida. Obrigada por todo apoio e “puxões de orelha” merecidos. Este trabalho não seria possível sem a sua ajuda.

Aos meus sogros, Scheila Regina e Alcides Vale, por tanto carinho e amor, por se doarem de coração aos seus, pelo exemplo de profissionais, pelo exemplo de vida, pelo exemplo de irmão da igreja e pelo exemplo de pais. Em especial ao meu sogro Alcides, pois agora seremos parceiros de profissão. Obrigada por me ensinar tanto.

À minha psicóloga, Thalyta Froes, que me acompanhou em todas as etapas da graduação, me mantendo no eixo, sã e confiante de que eu era capaz de tudo que quisesse. Uma mulher admirável e profissional de excelência. Thalyta, essa conquista é nossa!

Por fim, agradeço a todos os professores da graduação que tornaram esse momento possível. Obrigada por cada aprendizado, pela sua dedicação e orientação durante a graduação.

RESUMO

A odontopediatria é a especialidade odontológica voltada à promoção da saúde bucal de bebês, crianças e adolescentes por meio de ações educativas, preventivas e curativas. Durante a graduação, os discentes frequentemente relatam dificuldades relacionadas ao manejo comportamental, à comunicação infantojuvenil e à insegurança na execução de protocolos clínicos em um público que demanda abordagens diferenciadas. Nesse contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de materiais didáticos que integrem teoria e prática sob a égide de evidências científicas contemporâneas. À vista disso, o objetivo deste trabalho foi desenvolver um recurso educacional, sob a forma de guia prático digital (*e-book*), para auxiliar acadêmicos de Odontologia em suas atividades clínicas. A metodologia consistiu em uma revisão de literatura para subsidiar a fundamentação teórica do material, mediante levantamento bibliográfico em bases de dados como Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e a Biblioteca Virtual da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Foram utilizados os descritores: "Práticas Clínicas", "Odontopediatria", "Recurso Educacional", "Guia de Estudo" e seus correspondentes em inglês. A concepção e o desenvolvimento do material foram realizados pela autora em colaboração com outros graduandos da UFMA. Como resultado, obteve-se a criação do *e-book* intitulado "Guia de Práticas Clínicas em Odontopediatria: Elaboração de Recurso Educacional para Estudantes de Odontologia", estruturado em 13 capítulos. O recurso propõe-se a abordar os temas centrais da prática clínica, servindo como suporte pedagógico para a disciplina de Odontopediatria no ensino superior.

Palavras-chave: Odontopediatria; Educação em odontologia; Educação em saúde; Guia de Estudo.

ABSTRACT

Pediatric Dentistry is the dental specialty focused on promoting oral health in infants, children, and adolescents through educational, preventive, and curative actions. During undergraduate training, students frequently report difficulties related to behavioral management, communication with children and adolescents, and insecurity in performing clinical protocols for a population that requires differentiated approaches. In this context, the development of educational materials that integrate theory and practice under the guidance of contemporary scientific evidence becomes essential. Therefore, the objective of this study was to develop an educational resource in the form of a digital practical guide (e-book) to support undergraduate dental students in their clinical activities. The methodology consisted of a literature review to support the theoretical foundation of the material, based on a bibliographic search conducted in databases such as Google Scholar, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), PubMed, and the Virtual Library of the Federal University of Maranhão (UFMA). The descriptors used were “Clinical Practices,” “Pediatric Dentistry,” “Educational Resource,” “Study Guide,” and their corresponding terms in English. The design and development of the material were carried out by the author in collaboration with other undergraduate students from UFMA. As a result, the e-book entitled “Guide to Clinical Practices in Pediatric Dentistry: Development of an Educational Resource for Dental Students” was created and structured into 13 chapters. The resource aims to address the core topics of clinical practice, serving as a pedagogical support tool for the Pediatric Dentistry course in higher education.

Keywords: Pediatric Dentistry; Dental Education; Health Education; Study Guide.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
4. OBJETIVO.....	17
5. METODOLOGIA	17
5.1 TIPO DE ESTUDO E FORMA DE APRESENTAÇÃO	18
5.2 PÚBLICO-ALVO	18
5.3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.4 CRIAÇÃO DO EBOOK.....	18
6. RESULTADOS	19
7. DISCUSSÃO	22
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

APÊNDICE

1. INTRODUÇÃO

A odontopediatria é uma especialidade da Odontologia que aborda o cuidado com a saúde bucal de crianças desde o nascimento até a adolescência, promovendo tratamento, prevenção e educação em saúde bucal (Brasil, 2018). Essa área exige habilidades clínicas específicas, conhecimento do desenvolvimento orofacial e manejo comportamental, considerados aspectos essenciais para um atendimento eficaz (Bönecker; Casanova, 2013). Dessa forma, a inclusão sólida da odontopediatria na graduação contribui para a formação de profissionais mais preparados para lidar com as particularidades do público infantil, além de reforçar o papel social da odontologia na promoção da saúde desde os primeiros anos de vida (Souza et al., 2020).

Durante a graduação em Odontologia, dificuldades relacionadas ao manejo comportamental, à comunicação com a criança e à insegurança na execução de procedimentos clínicos em um público que exige abordagens diferenciadas são relatadas pelos estudantes (Souza; Vieira; Araújo, 2020). A ansiedade frente ao comportamento imprevisível da criança, o receio de causar dor e a inexperiência em lidar com o medo infantil podem comprometer a eficácia do atendimento e a experiência de aprendizagem (Almeida; Lima; Ferreira, 2020).

Diante desse cenário de vulnerabilidade no processo de aprendizagem, a literatura aponta que a utilização de estratégias de ensino que aproximem o aluno da realidade clínica é capaz de reduzir a curva de ansiedade e aumentar a autoconfiança (Santos; Moura, 2019). Portanto, a superação desses desafios formativos requer que o ensino da odontopediatria vá além da memorização de técnicas, exigindo ferramentas que auxiliem na transposição didática e na tomada de decisão rápida durante o atendimento (Gomes; Carvalho, 2021)

Sendo assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de materiais educacionais que integrem teoria e prática, com base em evidências científicas (Moran, 2015). Esses recursos contribuem para a consolidação do aprendizado, facilitando a aplicação das bases teóricas outrora abordadas em aulas. Guias didáticos que apresentam protocolos claros, técnicas ilustradas e recomendações fundamentadas

cientificamente promovem maior segurança, autonomia e preparo técnico dos alunos (Silva; Rocha, 2020). Além disso, ao adotarem uma abordagem baseada em evidências, tais materiais garantem que as práticas ensinadas estejam alinhadas aos padrões mais aceitos e cientificamente evidenciados da odontopediatria (Melo et al., 2022).

Diante do exposto, propõe-se o desenvolvimento de um guia em formato de e-book com foco didático-clínico, voltado especialmente para estudantes de Odontologia em fase de formação prática em odontopediatria (Castro; Freitas; Souza, 2021). O material será estruturado de forma clara e acessível, reunindo conteúdos teóricos essenciais, protocolos clínicos, passo a passo, ilustrações explicativas e orientações baseadas em evidências científicas. O formato digital permitirá ampla disseminação e fácil atualização do conteúdo, atendendo à demanda crescente por recursos educacionais interativos e dinâmicos (Valente, 2015). Ao integrar conhecimento técnico-científico com orientações práticas aplicáveis ao cotidiano clínico, o e-book pretende atuar como ferramenta de apoio à formação, contribuindo para a qualificação do atendimento infantil realizado por futuros cirurgiões-dentistas (Almeida; Sousa; Santos, 2021).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Odontopediatria é a especialidade responsável pela promoção, prevenção, tratamento bucal de bebês, crianças e adolescentes (Pinkham et al., 2019). Por atender pacientes em fase de amplo desenvolvimento, sua prática requer conhecimentos específicos e protocolos definidos, levando em consideração a particularidade de cada indivíduo. Em busca da integralidade durante o atendimento, o cirurgião dentista necessita de conhecimentos que vão desde manejo comportamental, que consiste na aceitação ou não da criança ao tratamento odontológico e como deve-se manejar a criança durante a consulta, até intervenções cirúrgicas de alta complexidade (Wright; Kupietzky, 2014; AAPD, 2023).

A necessidade de consultas odontológicas durante a infância é fundamental para formação de hábitos de saúde bucal para toda a vida. Os Primeiros Mil dias de Vida (abrange 270 dias de gestação, 365 dias do primeiro ano e 365 dias do segundo ano) são considerados cruciais para o pleno desenvolvimento da criança, por isso é

denominado como "janela de oportunidade". Assim, entende-se a importância do cirurgião dentista em diagnosticar e/ou tratar, precocemente, alterações orofaciais e de desenvolvimento e, além disso, promover saúde integral e bem estar para a criança (Laport, 2022).

Para isso, o processo de ensino e aprendizagem durante a graduação em Odontologia requer do aluno habilidades para transformar teoria em sistemas e processos práticos que fazem parte do atendimento odontológico. A matriz curricular da graduação em Odontologia no Brasil abrange de 4000 (quatro mil) horas a 4200 (quatro mil e duzentas) horas de aulas práticas e teóricas (Ministério da Educação, 2024). Em disciplinas específicas, distribui-se carga horária entre teóricas, laboratoriais e atendimento clínico, demonstrando a associação entre teoria e prática essencial à formação profissional. Portanto, reunir os conhecimentos de forma didática e estruturada é imprescindível (Brasil, 2021).

Sendo assim, a construção de recursos educacionais, como ebooks, para a graduação é uma ferramenta eficaz tendo em vista a modernização do processo ensino aprendizagem (Moran, 2015). O ebook oferece flexibilidade, informação rápida e interativa, sistematização do conhecimento e fácil acesso para visitá-lo quando necessário. Assim, durante as práticas clínicas em Odontopediatria o aluno é capaz de revisar conhecimentos teóricos e clínicos auxiliando a aplicação do conhecimento antes, durante e após o atendimento odontológico (Silva; Claro, 2017).

Por vezes, crianças de diferentes idades podem apresentar níveis de ansiedade ao atendimento odontológico. Por isso, estratégias como "dizer-mostrar-fazer", reforço positivo, controle de voz, levando em consideração o desenvolvimento cognitivo do paciente para manejo correto (Rai et al., 2021, p. 112). Além disso, é comum que a criança apresente resistência à realização dos procedimentos. Estratégias, como a estabilização protetora ativa, que envolve pais/auxiliares imobilizando (ex: joelho a joelho), ou passiva, com o uso de dispositivos (ex: "casulo" ou roupa estabilizadora), podem ser indicadas em casos selecionados, sempre de forma ética, criteriosa e com consentimento dos responsáveis (AAPD, 2023; Guedes-Pinto, 2016). A técnica da mão sobre a boca (hand-over-mouth), embora historicamente utilizada para controle comportamental, foi oficialmente removida das diretrizes de manejo comportamental da AAPD há alguns anos, ou seja, não consta mais na lista de técnicas aceitáveis para o controle de crianças não cooperativas (AAPD, 2023)

Ao iniciar o atendimento, o paciente pode apresentar diferentes condições odontológicas. Estudos epidemiológicos internacionais estimam que aproximadamente 2 bilhões de pessoas apresentam cárie na dentição permanente e cerca de 510 milhões de crianças manifestam cárie na dentição decídua em âmbito mundial, evidenciando a magnitude global da doença. No contexto nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2023 aponta que a experiência e a prevalência da cárie dentária em crianças brasileiras permanecem expressivas, reafirmando a relevância da doença como um importante problema de saúde pública no país (Brasil, 2023).

A cárie é uma doença biofilme-açúcar-dependente e revela um padrão de dieta rica em açúcar e refinados pela população (Paes-Leme et al., 2006, Sheiham James, 2015). Em estágios iniciais, o controle da doença baseia-se em intervenções não cirúrgicas, como orientação de higiene bucal, controle dietético e uso controlado de fluoretos. Entretanto, quando a progressão da cárie resulta em perda significativa de estrutura dentária, tornam-se necessárias intervenções restaurativas, tratamentos pulpares e, em casos mais severos, a exodontia (Fejerskov e Kidd, 2015).

Para diagnóstico e o planejamento adequado do tratamento dependem da realização criteriosa da anamnese, do exame clínico e dos exames complementares (Guedes-Pinto, 2016). A anamnese detalhada é fundamental para a avaliação do desenvolvimento infantil, dos hábitos alimentares e comportamentais, além da identificação de fatores de risco para doenças bucais. O exame clínico permite a avaliação direta das estruturas dentárias e dos tecidos bucais, contribuindo para a identificação de lesões de cárie, alterações no processo de erupção, anomalias dentárias e condições periodontais. Em associação, os exames complementares atuam como ferramentas essenciais para a confirmação diagnóstica e para uma análise mais detalhada das condições bucais, assegurando maior precisão na interpretação dos achados clínicos (Corrêa, 2017).

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry, a remoção seletiva de tecido cariado constitui uma abordagem compatível com os princípios da odontologia minimamente invasiva, com aplicação relevante na prática odontopediátrica (AAPD, 2020). Essa técnica baseia-se na remoção da dentina infectada, caracterizada por tecido irreversivelmente desorganizado e amolecido, ao mesmo tempo em que preserva a dentina afetada, estruturalmente íntegra e com potencial de remineralização.

De acordo com Fejerskov e Kidd (2015), a manutenção da dentina afetada, associada ao adequado selamento cavitário, favorece a interrupção do processo carioso e a recuperação parcial do tecido remanescente. Além disso, estudos demonstram que essa abordagem reduz significativamente o risco de exposição pulpar, preserva maior quantidade de estrutura dentária sadia e contribui para a manutenção da vitalidade pulpar, sem comprometer a eficácia do tratamento da doença cárie (Guedes-Pinto, 2016; Ricketts et al., 2013).

De acordo com a American Academy of Pediatric Dentistry (2020), a indicação de exames radiográficos em crianças deve ser baseada na avaliação clínica e no risco individual do paciente. Esses recursos adicionais são indispensáveis para a detecção de lesões de cárie interproximal, monitorar o estágio da doença, analisar a cronologia e a sequência de erupção dentária, e diagnosticar alterações pulpares ou ósseas. Dessa forma, a integração entre esses três pilares assegura uma abordagem diagnóstica abrangente, segura e pautada em evidências científicas na Odontopediatria (Pinkham et al. , 2019).

Através dessa avaliação minuciosa, o profissional obtém embasamento para identificar precocemente más oclusões e anomalias no desenvolvimento facial. Tal intervenção é crucial, visto que a maioria dessas desordens manifesta-se precocemente, ainda durante as fases de dentição decídua ou mista (Silva Filho; Freitas; Cavassan, 2013; Proffit et al., 2019). Fatores que podem contribuir com as alterações descritas anteriormente, como hábitos bucais deletérios, perdas dentárias precoces e alterações no padrão de crescimento podem interferir diretamente no desenvolvimento harmônico da face e da oclusão (Proffit, Fields, Sarver, 2019). Nesse contexto, a ortodontia preventiva e interceptativa assume papel essencial na Odontopediatria, pois possibilita intervenções precoces capazes de minimizar ou corrigir desvios no crescimento craniofacial, reduzindo a necessidade de tratamentos ortodônticos complexos na adolescência ou na fase adulta (Moyers, 2014; Graber; Vanarsdall; VIG, 2017)

Outro aspecto de grande relevância odontopediátrica refere-se à identificação de sinais de maus-tratos infantis durante o atendimento clínico. O cirurgião-dentista ocupa posição estratégica na identificação de situações de abuso e negligência infantil, uma vez que sinais clínicos orofaciais e históricos incompatíveis com os achados são frequentemente observados na prática odontológica (American Academy of Pediatric

Dentistry, 2020). A detecção precoce desses sinais é fundamental para a proteção da criança e a interrupção do ciclo de violência (Cavalcanti et al., 2019). Nesse contexto, a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos é uma obrigação ética e legal do cirurgião-dentista, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). No entanto, estudos apontam que diversos profissionais ainda apresentam insegurança ou desconhecimento quanto aos procedimentos de notificação, o que contribui para a subnotificação desses casos (Silva et al., 2020). Portanto, torna-se imprescindível que o cirurgião-dentista esteja capacitado para reconhecer os sinais de violência e compreender a importância da notificação como instrumento de proteção, garantia de direitos e promoção da saúde integral da criança (Guedes-Pinto, 2016).

Diante o exposto, o atendimento odontológico na infância exerce papel determinante na promoção da saúde bucal, na prevenção de doenças e no desenvolvimento do sistema estomatognático. Ao longo da prática odontopediátrica, o cirurgião-dentista deve estar capacitado para atuar desde o diagnóstico e manejo da cárie dentária, passando pela avaliação do crescimento e desenvolvimento craniofacial, identificação precoce de más oclusões, até o reconhecimento de sinais de maus-tratos infantis, reforçando a integralidade do cuidado. Nesse contexto, a utilização de recursos educacionais, e-books, apresenta-se como importante ferramenta de apoio à vida acadêmica e à formação profissional, ao favorecer a sistematização do conhecimento, o acesso a informações baseadas em evidências e a integração entre teoria e prática clínica contribuindo para a formação de cirurgiões-dentistas mais críticos, humanizados e preparados para atender às necessidades específicas da população infantil.

4. OBJETIVO

Desenvolver um recurso educacional em forma de guia prático tipo ebook para auxiliar estudantes de Odontologia nas práticas clínicas em odontopediatria.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E FORMA DE APRESENTAÇÃO

É um estudo de caráter descritivo, desenvolvido na plataforma Canva Pro e construído com os recursos disponíveis na plataforma.

5.2 PÚBLICO-ALVO

A elaboração do recurso educacional é direcionada aos acadêmicos do curso de Odontologia.

5.3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a construção teórica do e-book, realizou-se um levantamento bibliográfico em diferentes bases de dados, incluindo Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e a Biblioteca Virtual da Universidade Federal do Maranhão. Complementarmente, foram consultados e-books, artigos científicos, revistas especializadas e livros que abordassem as temáticas contempladas no material. Após a etapa de busca e seleção das referências, as evidências científicas foram organizadas de forma narrativa, estruturadas em tópicos numerados, de modo a facilitar a sistematização do conhecimento e a compreensão do conteúdo apresentado no recurso educacional.

Além disso, o e-book foi elaborado com base nas diretrizes do material “Produção de Recursos Educacionais para Educação a Distância”, da EDUFMA, sendo seu desenvolvimento estruturado em etapas sequenciais, que compreenderam o planejamento pedagógico e metodológico, o levantamento de dados, bem como a organização do conteúdo e a diagramação do material educativo.

5.4 CRIAÇÃO DO EBOOK

Para a criação do e-book, foram realizadas etapas de desenvolvimento seguindo partes do material “Produção de Recursos Educacionais para Educação a Distância”, da EDUFMA. Segue-se as seguintes etapas:

- Etapa 1: Definição do objetivo da construção do material referido, que consiste em auxiliar estudantes na prática clínica.

- Etapa 2: Delimitação do público-alvo. Estudantes de graduação de Odontopediatria e cirurgiões-dentistas.
- Etapa 3: Planejamento pedagógico, definição dos principais conteúdos da disciplina de Odontopediatria.
- Etapa 4: Levantamento bibliográfico e organização das informações. Os conteúdos do material foram organizados de forma sequencial e pedagógica, respeitando uma progressão lógica que favorece o processo de ensino-aprendizagem.
- Etapa 5: Definição do designer e recursos de edição a ser escolhido. Utilizou-se o software Canva, plataforma online de designer e comunicação visual.
- Etapa 5: Revisão técnica: validação técnica por um profissional de odontopediatria, a fim de cancelar o texto-base.
- Etapa 6: Validação final do manual pelo Orientador do projeto.
 - Ações de Design: relacionadas à transposição didática do conteúdo, desenvolvidas em 04 atividades:
 - v. Definição de storyboard: espécie de guia que, a partir de um template, expõe um esboço prévio do conteúdo, feito no Microsoft Word.
 - vi. Obtenção e organização de imagens: em eventual necessidade de imagens.
 - vii. Desenvolvimento do Manual: com base no storyboard, será desenvolvido o Manual, a partir do software Canva, plataforma online de design e comunicação visual.
 - viii. Validação do Manual: checagem do documento pelos professores que estão orientando o presente projeto.

6. RESULTADOS

Este trabalho resultou na elaboração de um e-book de práticas clínicas, cujo objetivo é auxiliar estudantes durante as atividades práticas da disciplina de Odontopediatria e, posteriormente, no exercício da prática profissional. O material

contempla os principais tópicos da Odontopediatria, apresentando orientações sobre a conduta clínica adequada para cada área. Ressalta-se, entretanto, que as recomendações descritas devem sempre considerar a individualidade de cada caso e as particularidades de cada paciente, respeitando os princípios da abordagem clínica integral e personalizada.



O e-book foi elaborado pela autora principal, com a colaboração de acadêmicos do curso de graduação em Odontologia, utilizando-se a plataforma Canva, a qual possibilita a criação de materiais didáticos com recursos personalizados e visualmente atrativos. Inicialmente, foram selecionados os temas considerados mais relevantes para as práticas clínicas em Odontopediatria. A partir dessa seleção, o material foi estruturado em 14 capítulos, organizados de forma sistemática, com conteúdos direcionados ao processo de ensino-aprendizagem e à prática clínica, visando facilitar o acesso às informações e a utilização do recurso pelos estudantes.

- **Capítulo 1: Exame Clínico, Radiográfico, Diagnóstico e Plano de Tratamento**

Foco na anamnese dirigida (com os pais), exames radiográficos adaptados (técnicas de Clark e interproximais) e a elaboração de um plano de tratamento integral que considere a idade e o risco à cárie.

- **Capítulo 2: Manejo Comportamental**

Técnicas não farmacológicas (Dizer-Mostrar-Fazer, reforço positivo, controle de voz) e a importância da tríade: dentista-criança-família.

- **Capítulo 3: Odontogênese**

Fases de formação do dente (botão, capuz, campânula) e as características anatômicas únicas dos decíduos.

- **Capítulo 4: Dentição decídua e mista**

Diferenças entre dentes decíduos e permanentes (como o volume pulpar maior e esmalte mais fino) e as fases da dentição mista (períodos inter transitórios).

- **Capítulo 5: Anestesiologia e Cirurgia**

Técnicas anestésicas menos dolorosas e procedimentos cirúrgicos comuns, como ulectomia, ulotomia e exodontias de decíduos.

- **Capítulo 6: Cariologia**

A cárie como doença dependente de açúcar; foco na avaliação de risco e atividade da lesão.

- **Capítulo 7: Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte (DDE)**

Identificação de Hipomineralização Molar-Incisivo (HMI) e fluorose, diferenciando-os de lesões de cárie.

- **Capítulo 8: Tratamento Restaurador e Remoção Seletiva**

Uso de materiais bioativos e a filosofia moderna de remover apenas o tecido infectado, preservando o tecido afetado.

- **Capítulo 9: Enfermidades Periodontais**

Doenças gengivais na infância, geralmente associadas ao acúmulo de placa ou alterações hormonais na puberdade.

- **Capítulo 10: Terapia Pulpar em Decíduos**

Indicações de proteção pulpar direta, pulpotomia (preservação da polpa radicular) e pulpectomia.

Capítulo 11: Trauma em Decíduos e Permanentes Jovens

Manejo de urgência em avulsões e luxações, com foco no acompanhamento para não prejudicar o sucessor permanente.

- **Capítulo 12: Prescrição Medicamentosa**

Cálculo de doses pediátricas baseado no peso da criança e uso racional de analgésicos e antibióticos.

- **Capítulo 13: Prótese em Odontopediatria**

Reabilitação funcional e estética para manter o espaço e a função mastigatória após perdas precoces.

- **Capítulo 14: Maus-tratos e Notificação**

O papel do dentista na identificação de sinais físicos/negligência e o dever legal e ético de notificar os órgãos competentes (Conselho Tutelar).

7. DISCUSSÃO

A elaboração de um guia de práticas clínicas em Odontopediatria, na forma de recurso educacional digital, evidencia a relevância da sistematização do conhecimento como estratégia para qualificar o processo de ensino-aprendizagem na graduação em Odontologia. A Odontopediatria é uma área que exige do estudante não apenas domínio técnico, mas também compreensão do desenvolvimento infantil, manejo comportamental, diagnóstico precoce de doenças bucais, planejamento clínico individualizado e tomada de decisão ética. Nesse sentido, a criação de um e-book voltado às práticas clínicas responde à necessidade de materiais didáticos que integrem teoria e prática de forma

acessível e organizada, conforme defendido por Moran (2015) e Kenski (2012), ao destacarem o papel das tecnologias educacionais no ensino superior.

Os resultados deste trabalho dialogam com a literatura ao demonstrar que recursos educacionais digitais, como ebooks, favorecem a autonomia do estudante, permitem revisões rápidas durante a prática clínica e contribuem para a consolidação do conhecimento (Silva et al., 2020). Na Odontopediatria, a disponibilidade de um guia prático auxilia na organização das condutas clínicas, entretanto, deve-se sempre levar em consideração a individualidade de cada paciente. Assim, o material desenvolvido apresenta potencial para apoiar o estudante tanto no ambiente acadêmico quanto na futura atuação profissional.

Outro ponto relevante discutido refere-se à abrangência dos temas contemplados no e-book, que incluem desde exames clínicos e complementares, diagnóstico e manejo da cárie dentária, técnicas restauradoras minimamente invasivas, até o reconhecimento de más oclusões, crescimento craniofacial, ortodontia preventiva e identificação de maus-tratos infantis. A inclusão desses conteúdos está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia, que preconizam uma formação generalista, humanista e crítica, capaz de atender às demandas da população infantil de forma integral (Brasil, 2021).

No que diz respeito à prática clínica, a literatura destaca que o diagnóstico precoce e a adoção de abordagens preventivas e interceptativas são determinantes para o sucesso do tratamento em Odontopediatria. Segundo Fejerskov e Kidd (2015) e Proffit, Fields e Sarver (2019) intervenções baseadas em evidências, quando realizadas precocemente, reduzem a necessidade de procedimentos invasivos e complexos. Dessa forma, o guia prático desenvolvido contribui para orientar os estudantes quanto às condutas clínicas mais indicadas em cada situação, fortalecendo o raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada.

Além disso, a abordagem metodológica adotada para a construção do e-book, baseada nas diretrizes da EDUFMA para produção de recursos educacionais, reforça a importância do planejamento pedagógico e da

organização do conteúdo como elementos centrais para a efetividade do material. A utilização de uma plataforma digital com recursos visuais e didáticos favorece a aprendizagem significativa, conforme apontado por estudos que destacam a relevância de materiais interativos e visualmente atrativos no ensino da área da saúde (Kenski, 2012).

Por fim, destaca-se que, embora o e-book tenha sido desenvolvido com o objetivo de auxiliar os estudantes durante as práticas clínicas em Odontopediatria, ele não substitui o julgamento clínico do cirurgião-dentista nem a supervisão docente. Ao contrário, configura-se como um recurso complementar, que estimula a reflexão crítica, a atualização constante e o aprimoramento profissional. Assim, a criação deste guia de práticas clínicas reforça a importância da inovação pedagógica na formação em Odontologia e contribui para o fortalecimento do ensino odontopediátrico baseado em evidências, humanização e integralidade do cuidado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de recursos educacionais, como ebooks, para a graduação é uma ferramenta eficaz tendo em vista a modernização do processo ensino e aprendizagem. Além disso, a flexibilidade e didática do ebook é importante característica para consulta durante as práticas clínicas na graduação em Odontologia e na vida profissional.

Sendo assim, diferencialmente dos manuais convencionais, este guia de atendimento foi estruturado como uma ferramenta de suporte à decisão clínica em tempo real, focada na redução da carga cognitiva do estudante. Ao traduzir evidências científicas complexas em algoritmos visuais e fluxogramas instrucionais, o guia preenche a lacuna entre o saber e o fazer, oferecendo ao acadêmico a previsibilidade necessária para converter a insegurança em uma prática autônoma e segura. Essa abordagem baseada em evidências garante que o recurso não seja apenas uma fonte de consulta, mas um mediador da aprendizagem que qualifica o cuidado ao paciente pediátrico

Por fim, para posteridade pretende-se publicar o material na EDUFMA, como forma de contribuir com a comunidade acadêmica, além de disponibilizar material educacional livre e objetivo aos profissionais de Odontologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R.; LIMA, T.; FERREIRA, M. Ansiedade e desafios na formação clínica em odontopediatria. **Revista de Ensino Superior em Odontologia**, v. 8, n. 2, p. 45-58, 2020.

ALMEIDA, R.; SOUSA, J.; SANTOS, M. Tecnologias digitais e o suporte à prática clínica na graduação em odontologia. **Revista de Educação em Saúde**, v. 9, n. 2, p. 145-158, 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Selected Information on Caries Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, Chicago, Ill., 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago, Ill.: AAPD, 2023.

BÖNECKER, M.; CASANOVA, M. S. **Odontopediatria: clínica, estética e preventiva**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Orientações para a Atenção Odontológica no SUS**. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório de Resultados**. Brasília: MS, 2023.

CASTRO, A.; FREITAS, K.; SOUZA, L. O uso de guias didáticos no ensino da odontopediatria: da teoria à prática clínica. **Jornal de Odontologia Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 22-35, 2021.

CAVALCANTI, A. L. et al. Maus-tratos infantis: o papel do dentista no diagnóstico e notificação. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, 2019.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2017.

EDUFMA. **Diretrizes para a produção de recursos educacionais digitais**. São Luís: Editora da Universidade Federal do Maranhão, 2021.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2015.

GOMES, L.; CARVALHO, R. Transposição didática e metodologias ativas no ensino da odontologia. **Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 102-115, 2021.

GRABER, L. W.; VANARSDALL, R. L.; VIG, K. W. L. **Ortodontia: princípios e técnicas atuais**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

GUEDES-PINTO, A. C.; BONECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.

KENSKI, V. M. **Educação e tecnologias: o novo ritmo da informação**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2012.

LAPORT, L. **Os Primeiros Mil Dias: a janela de oportunidade para a saúde**. São Paulo: Manole, 2022.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia**. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2024.

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Coleção Mídias Contemporâneas**, v. 2, n. 1, p. 15-33, 2015.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PAES-LEME, A. F. et al. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm. **Journal of Dental Research**, v. 85, n. 10, p. 878-887, 2006.

PINKHAM, J. R. et al. **Odontopediatria: da infância à adolescência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W.; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

RAI, N. K. et al. Psychological management of pediatric dental patients. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 1, p. 112, 2021.

RICKETTS, D. et al. Fractional or complete caries removal in primary and permanent teeth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013.

SANTOS, P. S.; MOURA, J. Estratégias de ensino para redução da ansiedade no atendimento infantil. **Journal of Oral Health Education**, v. 5, n. 3, p. 20-30, 2019.

SHEIHAM, A.; JAMES, W. P. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, 2015.

SILVA, A. et al. O uso de guias didáticos na formação técnica em saúde. **Revista Brasileira de Educação Odontológica**, v. 14, n. 4, p. 210-225, 2020.

SILVA, F. W. G. P. et al. Notificação de maus-tratos infantis por cirurgiões-dentistas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, 2020.

SILVA, M.; CLARO, L. E-books na educação superior: tecnologias e práticas pedagógicas. **Revista Digital de Educação**, 2017.

SILVA FILHO, O. G.; FREITAS, T. M. S.; CAVASSAN, A. O. **Ortodontia Preventiva e Interceptativa**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

SOUZA, F.; VIEIRA, G.; ARAÚJO, L. Desafios e percepções de acadêmicos de odontologia no atendimento clínico infantil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 88-94, 2020.

SOUZA, M. et al. A importância da odontopediatria na graduação e o papel social do cirurgião-dentista. **Revista de Odontologia Social e Preventiva**, v. 11, n. 1, p. 12-25, 2020.

VALENTE, J. A. **Dispositivos móveis na educação: a convergência tecnológica e o novo papel do professor**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

WRIGHT, G. Z.; KUPIETZKY, A. **Behavior Management in Dentistry for Children**. 2. ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2014.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. S.; LIMA, T. A.; FERREIRA, M. C. **Ansiedade e dificuldades enfrentadas por estudantes de Odontologia no atendimento infantil.** *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 77, n. 1, p. 34–40, 2020.

ALMEIDA, C. R.; SOUSA, R. A.; SANTOS, M. L. **A integração de recursos digitais no ensino de Odontologia: desafios e perspectivas.** *Revista Brasileira de Ensino de Odontologia*, v. 18, n. 3, p. 45-51, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BÖNECKER, M.; CASANOVA, M. S. *Odontopediatria na primeira infância.* 1. ed. São Paulo: Santos, 2013.

CASTRO, A. C. R.; FREITAS, P. M.; SOUZA, R. S. **Recursos didáticos digitais no ensino da Odontologia: uma alternativa para o fortalecimento da aprendizagem clínica.** *Cadernos de Educação, Tecnologia e Sociedade*, v. 14, n. 1, p. 98–107, 2021.

LIMA, V. G.; SOARES, A. P.; MOURA, C. A. Recursos didáticos digitais no ensino da Odontologia: uma revisão narrativa. *Revista de Educação em Ciências da Saúde*, v. 8, n. 2, p. 30–38, 2021.

MELO, R. F.; SOUSA, J. L.; RIBEIRO, C. P. Materiais educacionais como ferramentas de apoio à prática clínica baseada em evidências na formação

odontológica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 3, p. 102–109, 2022

MORAN, J. M. **Metodologias ativas para uma aprendizagem mais significativa.** *Revista Multidisciplinar de Educação*, v. 2, n. 4, p. 15–25, 2015.

SILVA, D. M.; ROCHA, L. A. Recursos educacionais digitais como facilitadores da prática clínica em Odontologia. *Revista Brasileira de Ensino em Saúde e Tecnologia*, v. 3, n. 1, p. 55–62, 2020.

SOUZA, R. M. de; OLIVEIRA, T. A.; BÖNECKER, M. A importância da odontopediatria na formação acadêmica em Odontologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 77, n. 2, p. 112–118, 2020.

SOUZA, G. S.; VIEIRA, J. M.; ARAÚJO, M. E. S. **Desafios enfrentados por acadêmicos de Odontologia no atendimento infantil: uma revisão integrativa.** *Revista de Ciências da Saúde*, v. 9, n. 2, p. 55–62, 2020.

VALENTE, J. A. **Tecnologias na educação: potencialidades e desafios para a construção do conhecimento.** *Revista Brasileira de Educação*, v. 20, n. 60, p. 173–189, 2015.



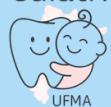
EDUFMA

Guia prático de

ODONTO PEDIATRIA



Odonto
Pediatria



UFMA



GUIA PRÁTICO

DE ODONTOPEDIATRIA

UFMA



Reitor
Vice-Reitor

Universidade Federal do Maranhão

Reitor Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva
Vice-Reitor Prof. Dr. Leonardo Soares



Editora da UFMA

Coordenadora

Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho editorial

Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva Prof.
Dr. Luis Henrique Serra
Prof^a. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
Prof. Dr. Márcio José Celeri
Prof^a. Dra Raimunda Ramos Marinho
Prof^a. Dra Débora Batista Pinheiro Sousa
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
Prof. Dr. Felipe Barbosa Ribeiro
Prof^a. Dra. Maria Aurea Lira Feitosa
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior
Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira das Editoras Universitárias



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0

Organização:
Gisele Quariguasi Tobias Lima da Silva

GUIA PRÁTICO

DE ODONTOPEDIATRIA

São Luís



EDUFMA

2025

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Imagens da Capa

Canva

Revisão

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira Castro, Laura Rosa.

Guia Prático de Odontopediatria / Laura Rosa Oliveira
Castro. - 2026.
119 p.

Orientador(a): Gisele Guriguasi Tobias Lima da Silva.
Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2026.

1. Odontopediatria. 2. Educação Em Odontologia. 3.
Educação Em Saúde. 4. Guia de Estudo. I. Guriguasi
Tobias Lima da Silva, Gisele. II. Título.

CRIADO NO BRASIL [2025]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravação ou outro, sem permissão do autor.

| EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 | Vila Bacanga CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157 www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

E-book desenvolvido com o objetivo de auxiliar o estudante de odontologia acerca do atendimento e procedimentos em crianças.

Autores

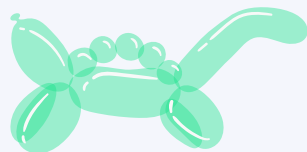


Laura Rosa Oliveira Castro
Graduada de Odontologia pela
Universidade Federal do Maranhão



Gisele Guariguasi Tobias de Lima da Silva
Professora de Odontopediatria do Curso de
Odontologia da UFMA

SUMÁRIO



01

Exame clínico, Diagnóstico e Plano de Tratamento

02

Manejo comportamental

03

Odontogênese

04

Dentição decídua e mista

05

Anestesia e Cirurgia em odontopediatria

06

Cariologia em Odontopediatria

07

Defeitos de desenvolvimento do esmalte

08

Tratamento restaurador e a Remoção Seletiva de Cárie





09

Enfermidades periodontais

10

Terapia Pulpar

11

**Trauma em dentes decíduos
e permanentes jovens:**

12

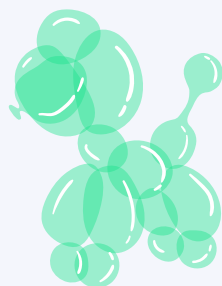
**Prescrição medicamentosa
em odontopediatria**

13

Prótese em Odontopediatria

14

**Maus-tratos infantojuvenis e
notificação**



EXAME CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO

Objetivo geral: recuperação e ou manutenção da saúde bucal na infância, analisada individual e coletivamente

1. Exame do paciente

Inspeção cuidadosa, investigação acurada, inquisição e verificação das circunstâncias, condições e dados necessários para o conhecimento da verdade” (Vono, 1993). Permite elaborar o diagnóstico, o plano de tratamento e o prognóstico. O cuidado da observância do rigor na execução do exame geral e local para obter maior eficiência no diagnóstico a determinar, é essencial ainda na determinação do PT e idealização do prognóstico.



O exame como meio de introdução da criança em clínica

- É indolor
- Permite uma sensação de segurança e bem-estar
- Relação de harmonia entre o paciente e o odontopediatra
- Colaboração no tratamento.

2. Ficha Clínica

É utilizada para obtenção de todas as informações que possam ser úteis ao estabelecimento do exame completo do paciente.

É através dos dados coletados nesta ficha que serão elaborados o diagnóstico, prognóstico, orientação durante a terapêutica e avaliação dos resultados do tratamento, constitui-se também instrumento legal de relevante importância.

O que a ficha precisa para ser completa?



Dados de identificação

Anamnese

Informações clínicas

Odontograma

Plano de Tratamento

Síntese diagnóstica

Relatório final

3. Tipos de Exames

Exame geral

Avaliação das condições físicas e psicológicas:

- INTERROGATÓRIO
- APRECIÇÃO DO CONJUNTO
- EXAME DE LABORATÓRIO

Exame buco-dentário

Exame radiográfico

Exame clínico

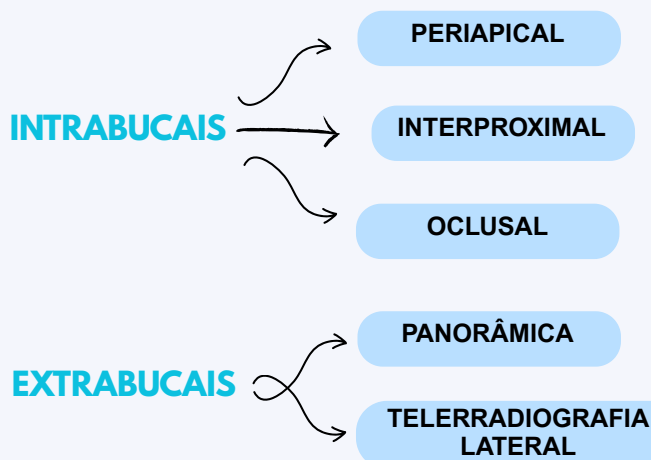
Exame de Laboratório

Exame radiográfico

- Revela: extensão das raízes em formação e em reabsorção;
- Criptas dos dentes permanentes em desenvolvimento: ausência de cripta, presença e relação com os dentes decíduos.
- Alterações : de calcificação; de forma; de erupção; cáries interproximais;
- Dentes supra-numerários; afecções periapicais, acabamento e adaptação de restaurações, alterações da membrana periodontal, fraturas e dilacerações dentárias

O prontuário odontológico e os exames complementares constituem o documento legal, sendo assim devem ser arquivados em perfeitas condições, devidamente identificaados e está a disposição do paciente a qualquer momento.

Tipos de exames radiográficos



RADIOGRAFIA PERIAPICAL

É possível analisar o dente e as estruturas que o cercam, como osso e periodonto. Indicado para análise de profundidade da cárie, estágio de erupção dentária, dentes comprometidos periodontalmente, traumas, dentes supranumerários, anomalias dentárias, dentre outros.



DORNELLAS, ANA PAULA, ET AL.

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL

Importante para visualização da relação entre dente e cárie.

- Relação cárie e câmara pulpar
- Cárie interproximal
- Integridade das cristas ósseas

RADIOGRAFIA OCLUSAL

Análise de áreas mais extensas da maxila e mandíbula. Permite identificar corpos estranhos, fraturas, fendas

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

Permite visualizar arcada superior e inferior, ramo da mandíbula, maxila e ATM. Apesar de permitir uma ampla visualização das arcadas, a radiografia panorâmica tem distorção e sobreposição de imagem.



Figura: google fotos

TELERRADIOGRAFIA LATERAL

Nessa técnica o paciente é posicionado de perfil. Permite analisar o crescimento maxilo mandibular, planejamento e acompanhamento ortodôntico, avaliação de pré e pós operatórios de cirurgias ortognáticas, dentre outros.

Exame clínico

> Exame dos tecidos moles lábios

- Cor, comissuras, formato, textura), gengiva, assoalho da boca, bochechas, palato duro e mole, amígdalas, garganta, glândulas salivares, gânglios adjacentes.

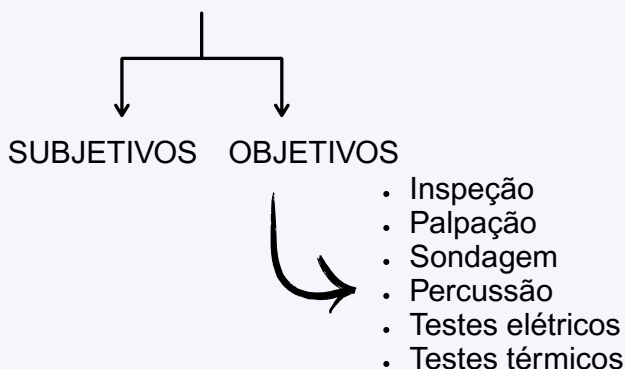
> Exame da oclusão

- Aspecto facial, tamanho dos dentes; posição análise da dentição mista; cronologia e sequência de erupção dentária, relação anteroposterior da MD, movimentos MDIares, presença de hábitos bucais, avaliação dos casos de perdas prematuras.

> Exame dos dentes

- Deve ser sempre precedido de uma adequada remoção de matéria alba, placas mucinosas, cálculos e polimento coronário, para que nenhuma lesão fique mascarada.
- O campo deve estar seco, bem iluminado e uma sequência deve ser obedecida.
- Convém separar as lesões do tecido duro relacionado à sua estrutura histológica das lesões de cárie.
- Lesões de desenvolvimento
- Cáries
- Abrasões e erosões
- Lesões traumáticas

Meios de exame clínico:



Exame de laboratório

- Histopatológico
- Anatomofisiológico: remoção da área patológica pra verificar a comparação patológica do estado normal com o sadio
- Bacteriológico- salivares

4. Diagnóstico

É o estudo e a ciência da interpretação dos sinais e sintomas de uma enfermidade, a fim de terminar a sua natureza.

Diagnóstico anatômico: colheita de informações anatômicas

Diagnóstico etiológico: é estabelecido baseado na história e característica de uma determinada doença, causas da doença

Diagnóstico clínico: colheita de dados clínicos da doença

Diagnóstico diferencial: baseado na manifestação das diferentes doenças

Diagnóstico terapêutico: utiliza experiência de medicamentos para determinada enfermidade

Diagnóstico radiográfico: utiliza exame radiográfico

Diagnóstico histopatológico: estudo da patologia do tecido

Diagnóstico definitivo(momento): exato da enfermidade



4. Plano de Tratamento

Consiste na eleição e ordenação de passos operacionais para um tratamento odontológico integral com bases num critério de necessidades e conveniências, visando uma seqüência lógica.

Sequências de prioridades

1. Eliminação de focos infecciosos
2. Procedimentos restauradores; fluoroterapia
3. Intercepção de maloclusões
4. Aplicações de selantes e flúor

PLANO DE RATAMENTO

- 1.Extrações de raízes residuais e dentes condenados
- 2.Tratamento da polpa dentária: proteções pulpaes, pulpotomias e
- 3.pulpectomias
- 4.Raspagem coronária
- 5.Escavação em massa e preenchimento com ZOE ou IRM; trabalhar por
- 6.Hemi-arcada
- 7.Aplicação de medidas de controle e prevenção da cárie e doença periodontal
- 8.Restaurações dentárias: dentes permanentes posteriores e anteriores;
- 9.dentes decíduos posteriores e anteriores
- 10.Aplicação de selantes
- 11.Colocação de aparelhos ortodônticos



MANEJO COMPORTAMENTAL

O manejo comportamental consiste no conjunto de técnicas de comunicação de ajudam a obter atitudes positivas e colaborativas da criança durante o atendimento odontológico (CORRÊA, 2017).



Não é incomum o paciente apresentar medo e ansiedade antes e durante o atendimento odontológico. Por isso, é importante que o dentista saiba como conduzir e quais técnicas são necessárias para que o paciente sinta confiança no atendimento. Um paciente colaborativo e um atendimento tranquilo são cruciais para o sucesso dos procedimentos odontológicos. (GUEDES-PINTO, 2016).

1. TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

É importante pontuar que o profissional precisa levar em consideração o desenvolvimento cognitivo do paciente. Em casos de pacientes com necessidades especiais é necessário abordagens diferenciadas e, por vezes, várias sessões clínicas para o desenvolvimento de confiança do paciente no profissional.



- Distração
- Dizer-Mostrar-Fazer
- Controle de Voz
- Reforço Positivo
- Modelagem
- Estabilização Protetora



TÉCNICA	OBJETIVO	APLICAÇÃO	INDICAÇÃO CLÍNICA
Distração	Reduzir ansiedade e medo	Conversa, histórias, músicas, vídeos, brinquedos ou estímulos visuais durante o atendimento	Crianças ansiosas ou em procedimentos mais longos
Dizer-mostrar-fazer	Promover compreensão e previsibilidade	Explicar o procedimento, demonstrar fora da boca e executar conforme explicado	Primeira consulta, crianças pequenas
Controle de voz	Direcionar comportamento	Modulação do tom e volume da voz para captar atenção e orientar condutas	Situações de agitação ou desatenção
Reforço Positivo	Estimular cooperação	Elogios verbais, gestos de aprovação ou recompensas simbólicas	Crianças colaboradoras ou em aprendizado
Modelagem	Aprendizado por observação	Observação de outra criança cooperativa ou vídeos demonstrativos	Crianças com medo ou insegurança
Estabilização Protetora	Garantir segurança	Restrição de movimentos com auxílio humano ou dispositivos, com consentimento	Crianças pequenas, não cooperadoras ou com necessidades especiais

ODONTOGÊNESE

A odontogênese consiste em uma série de interações recíprocas entre o epitélio bucal e o ectomesênquima, que resultam na formação dos dentes. Esse processo é dividido em etapas morfológicas conhecidas como fases de botão, capuz e campânula, culminando na formação dos tecidos mineralizados, esmalte e dentina (ARANA-CHAVEZ, 2012).

Tem seu início morfológico por volta da 6ª semana de vida intrauterina (VIU). Nesta fase, ocorre o primeiro sinal de desenvolvimento dental com o espessamento do epitélio oral, dando origem à banda epitelial primária, que logo se divide em lâmina vestibular e lâmina dentária (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012).

Fase de iniciação: lâmina dentária

É o momento em que células específicas recebem sinais genéticos para começar a construir o órgão dentário.

Interação entre o epitélio e o ectomesenquima.

Banda Epitelial
Primária:

- > É o primeiro sinal morfológico.
- > O epitélio se espessa e "mergulha" no tecido conjuntivo, formando um arco em forma de ferradura em cada futura arcada.

Lâmina
Vestibular

- > É a porção externa da banda.
- > Suas células centrais sofrem apoptose (morte celular programada), criando o sulco que separa as bochechas e lábios da área onde ficarão os dentes (vestíbulo bucal).

Lâmina Dentária

- > É a porção interna e a mais importante para a odontogênese.
- > Ela fornece as células que darão origem aos germes dos 20 dentes decíduos e, mais tarde, aos sucessores permanentes.

"A lâmina dentária representa o primórdio do órgão do esmalte, sendo o resultado da proliferação localizada da banda epitelial primária em direção ao ectomesênquima."
(KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012, p. 154).

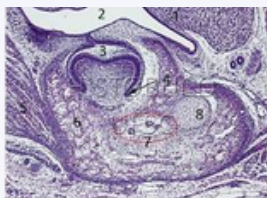
Fase de Botão

A fase de botão caracteriza-se por uma proliferação localizada das células da lâmina dentária, resultando na formação de saliências epiteliais arredondadas que penetram no ectomesênquima condensado (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012).

1. Proliferação Localizada: intensa multiplicação celular (mitose), formando 10 pequenas projeções arredondadas em cada arco. Essas estruturas assemelham-se a "botões" que invadem o mesênquima subjacente.
2. Condensação do Ectomesênquima: as células do ectomesênquima ao redor começam a se agrupar e a se condensar. Essa interação é o prelúdio para a formação da futura papila dentária.
3. Determinação da Posição: Esta etapa é crucial pois define exatamente onde cada dente decíduo será posicionado na arcada.



Fase de capuz



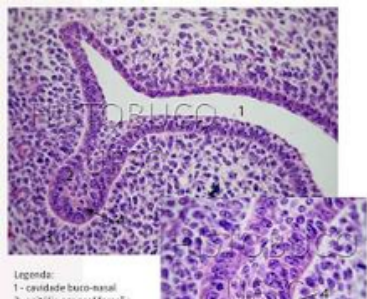
Fonte: Katchburian e Arana-Chavez (2012)

1. Intensa proliferação de cél. epiteliais = atividade mitótica;
2. A lâmina dentária prolifera de forma desigual em diferentes partes do broto
3. Forma uma estrutura em forma de "boné" ou "capuz", ligado à lâmina dentária
4. Maior concentração de células ectomesenquimais na parte mais profunda do capuz
5. Início do germe dentário: órgão do esmalte e papila dentária.

Fase de campânula

É a etapa de início dos processos de morfogênese e diferenciação celular. Fase de morfo e histodiferenciação. (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012).

Fonte: Katchburian e Arana-Chavez (2012)



Legenda:
1 - cavidade buco-nasal
2 - epitélio oral

1. Diminuição da proliferação de células epiteliais;
2. Crescimento do órgão do esmalte;
3. Separação do germe dentário da lâmina dentária e do epitélio oral;
4. Constituição da cripta óssea: processo alveolar que envolve folículo dentário.
5. Restos epiteliais de Seres: origina os cintos da lâmina dentária.
6. Formação de dobras no epitélio interno;
7. Início da formação da pré dentina

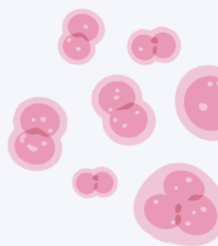
Fase de coroa

1. Fase avançada de campanula;
2. Deposição e calcificação da dentina e esmalte da coroa;
3. A formação da dentina é centrípeta (de fora pra dentro) e formação do esmalte centrífuga (de dentro pra fora);

Fase de raiz

Inicia após a coroa está completamente formada, mas antes da erupção total dos dentes. É um processo guiado pela alça cervical, ponto de encontro do epitélio externo e interno do órgão do esmalte (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012).

1. Bainha Epitelial de Hertwig (BEH): formação da Bainha de Hertwig. Ela atua como um "molde" que determina a forma, o tamanho e o número de raízes.
2. Indução da Dentina Radicular: A face interna da bainha induz as células do ectomesênquima da papila dentária a se diferenciarem em odontoblastos, que depositam dentina da raiz.
3. Fragmentação da Bainha: Assim que a dentina radicular é formada, a Bainha de Hertwig se fragmenta. Os remanescentes dessa fragmentação ficam espalhados no ligamento periodontal e são chamados de Restos Epiteliais de Malassez.
4. Formação do Cimento: Com a fragmentação da bainha, o saco dentário entra em contato com a dentina radicular, diferenciando-se em cementoblastos que depositam o cimento.



DENTIÇÃO DECÍDUA E MISTA

da primeira erupção ao sorriso permanente

A dentição infantil é uma fase essencial do desenvolvimento bucal ao influenciar diretamente na saúde e evolução da criança. A dentição decídua, também conhecida como **dentes de leite**, começa a surgir por volta dos seis meses de idade auxiliando na mastigação, fala e espaço para dentes permanentes. Já a dentição mista, entre 6 e 12 anos, caracterizando-se pela presença simultânea de dentes decíduos e permanentes. Compreender essas fases permite um acompanhamento eficaz e intervenções preventivas (GUEDES-PINTO, 2016).

Segundo McDonald e Avery (2011), a dentição mista inicia-se com a erupção dos primeiros molares permanentes ou a esfoliação dos incisivos decíduos, sendo a fase de maior risco para perdas de espaço se houver cárie ou trauma



Figura: google fotos

1. Tipos de dentição

Os dentes desempenham são essenciais no processo de mastigação, na trituração dos alimentos e na formação e sustentação das estruturas faciais. Ao longo do desenvolvimento o ser humano por três fases principais de dentição (MOYERS, 1991).

Decídua

a partir dos
6-8 meses

Mista

6 anos - 12
anos

Permanente

6 anos - 17
anos

2. Dentição decídua

A dentição decídua é a primeira dentição do ser humano. Ela começa a erupcionar por volta dos seis meses de idade. Esses dentes são temporários, mas têm funções fundamentais, como auxiliar na mastigação, na fala e na manutenção do espaço para os dentes permanentes (GUEDES-PINTO, 2016).



Cuidar da saúde dos dentes de leite é essencial para garantir uma boa formação da dentição futura e prevenir problemas bucais.



2. Dentição decídua

2.1 Importância para o desenvolvimento infantil



Mastigação e nutrição

Facilitam a digestão e absorção de nutrientes essenciais.



Desenvolvimento da fala

Auxiliam na articulação correta dos sons e palavras.



Manutenção do espaço

Asseguram a posição adequada dos dentes permanentes.



Estrutura facial

Fortalecem a musculatura e contribuem para o crescimento da mandíbula.



A perda precoce dos dentes decíduos pode afetar o desenvolvimento bucal, causando problemas ortodônticos, dificuldades na fala e impactos estéticos. Também pode comprometer o crescimento dos maxilares e a posição da língua. Por isso, é essencial o acompanhamento odontológico desde cedo para prevenir problemas e garantir um desenvolvimento saudável (MCDONALD; AVERY, 2011).

2.2 Características

Quantidade	Tamanho e cor	Espessamento
20 dentes: • 10 inferiores • 10 superiores	são menores e mais brancos	Possuem espaços interproximais, para acomodar os dentes permanentes
		
Raizes	Função	Cronologia
Mais curtas e finas, permitindo a substituição dos permanentes	Essenciais para a mastigação, fala e manutenção do espaço para os permanentes	Começam a erupcionar por volta dos 6 meses e completam-se entre 2 e 3 anos.
		

2. Dentição decídua

2.1 Sintomas comuns da erupção dos primeiros dentes



Sono conturbado

O desconforto pode causar choro e dificuldades para dormir à noite.



Aumento da salivação

Produção excessiva de saliva, podendo causar irritação na pele ao redor da boca.



Agitação e irritabilidade

Sensação de desconforto pode deixar o bebê mais inquieto e choroso.



Desconforto gengival

A criança tende a morder objetos para aliviar o incômodo nas gengivas.



Redução do apetite

A sensibilidade gengival pode levar à recusa alimentar, especialmente de sólidos.

2. Dentição decídua

2.2 Formas de aliviar os sintomas da erupção dentária



Mordedores gelados

Ajuda a aliviar a irritação gengival e proporciona conforto.



Massagem na gengiva

Pressionar suavemente com um dedo limpo pode reduzir o desconforto.



Alimentos frios e macios

Purês e frutas geladas ajudam a diminuir a sensibilidade.



Uso de babadores

Controla o excesso de salivação e evita irritações na pele.



Manter a rotina de sono

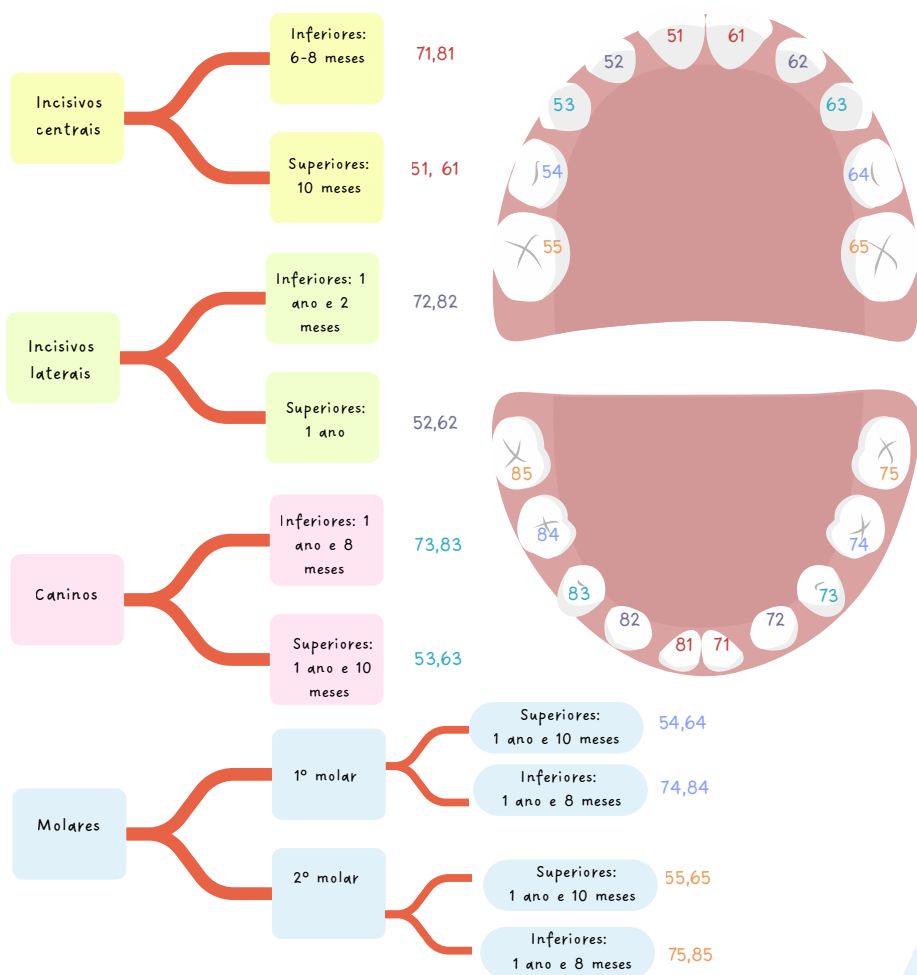
Criar um ambiente tranquilo pode ajudar a minimizar despertares noturnos.



Consulta odontológica

Em casos de irritação intensa, um odontopediatra pode orientar melhor os cuidados.

2.3 Cronologia da dentição decídua



2.2 Funções dos Dentes Decíduos

- **Mastigação e alimentação**

Incisivos



cortar os alimentos

Caninos



rasgar e segurar os alimentos

Molares



moer e triturar os alimentos

- **Influência na fala e na comunicação**

Esses dentes permitem correta articulação dos sons e palavras, além de contribui para a formação dos fonemas e a coordenação dos movimentos da língua, lábios e mandíbula (GUEDES-PINTO, 2016).



- **Manutenção do espaço para os dentes permanentes**

São "guias" naturais, garantindo que os dentes definitivos erupcionem na posição correta (VONO, 2011).



2.2 Cuidados com a Saúde Bucal

- Higiene bucal desde os primeiros meses

Estabelecer desde cedo a rotina de higiene bucal do bebê é fundamental.

Antes dos dentes

Se o bebê for amamentado de forma natural, não há necessidade de realizar limpeza da boca. Mas, se forem oferecidas fórmulas e outros alimentos, a higienização da gengiva pode ser feita com gaze ou pano umedecido em água filtrada (GUEDES-PINTO, 2016).



Após os primeiros dentes

Assim que os primeiros dentes de leite surgirem, já é recomendado iniciar a escovação utilizando uma escova adequada e creme dental com flúor. A escovação deve ser realizada 3 vezes ao dia (GUEDES-PINTO, 2016).



2.2 Cuidados com a Saúde Bucal

• Higiene dos dentes decíduos

É importante que a criança veja o hábito da higienização bucal como parte da rotina, por isso os responsáveis devem habituá-las nesse momento de cuidados.

Quantidade de creme dental fluoretado

A quantidade varia conforme a idade da criança para garantir a proteção contra cáries sem risco de fluorose.

0 a 1 ano



**Meio grão de
arroz cru (0,05g)**

1 a 3 anos



**Um grão de
arroz cru (0,1g).**

+ 3 anos



**Um grão de
ervilha (0,3g)**

O uso do fio dental deve ser incluído na rotina de higiene, pois ele é responsável pela limpeza das áreas que a escova não alcança com eficiência, como entre um dente e outro.



A escova ideal para crianças deve ter uma cabeça pequena e cerdas macias.



A concentração de flúor no creme dental recomendada é de 1100 ppm.

(ABOPED, 2023)

3. Dentição Mista

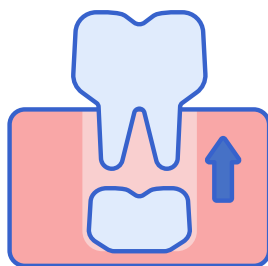
3.1 Transição para a Dentição Mista

A troca dos dentes de leite pelos permanentes inicia-se por volta dos **6 anos, e pode-se estender até os 12 anos**, começando pelos incisivos centrais inferiores. Esse processo é conhecido como dentição mista pois há a presença simultânea de dentes decíduos e permanentes na boca da criança (GUEDES-PINTO, 2016).



3.2 A troca

Ocorre gradualmente, podendo variar de criança para criança. Os dentes permanentes começam a erupcionar enquanto **os decíduos se afrouxam e caem, naturalmente ou não**. O primeiro molar permanente surge sem substituir nenhum dente de leite, seguido pelos incisivos. A sequência de erupção pode ser influenciada por fatores genéticos e hábitos bucais (GUEDES-PINTO, 2016).



3. Dentição Mista

3.2 A troca

Afrouxamento dos dentes decíduos :
Os dentes de leite começam a se soltar à medida que as raízes são reabsorvidas e diminuem a inserção nos tecidos (MCDONALD; AVERY, 2011).

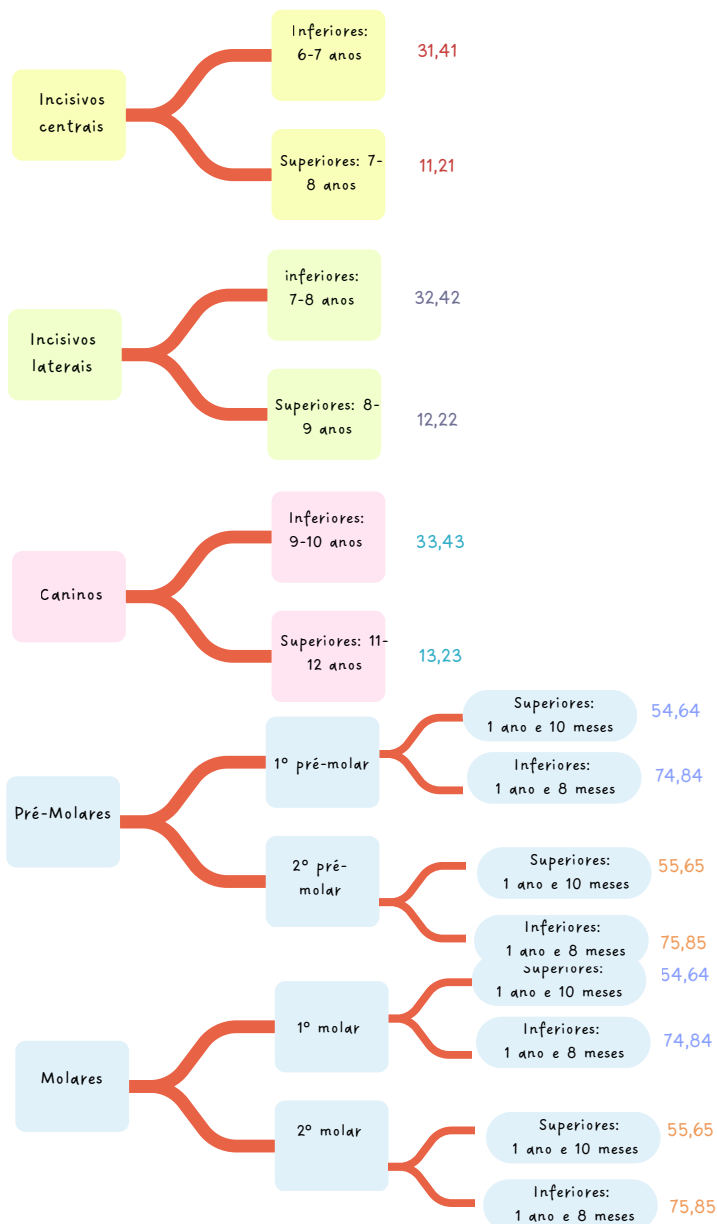


Erupção dos dentes permanentes:
Os primeiros molares permanentes surgem por volta dos 6 anos, sem substituir nenhum dente de leite. Em seguida, os incisivos começam a aparecer (GUEDES-PINTO, 2016).

Influência genética e hábitos bucais:
O ritmo da troca pode variar de criança para criança, sendo influenciado por fatores hereditários e hábitos como sucção de dedo ou uso prolongado de chupeta (MCDONALD; AVERY, 2011).



2.3 Cronologia da dentição permanente



3. Dentição Mista

3.3 Cuidados durante a dentição mista



Higiene bucal reforçada

Escovação adequada e uso de fio dental para evitar cáries nos dentes permanentes.



Higiene bucal reforçada

Consultas regulares para monitorar o alinhamento e a erupção dos dentes.



Evitar hábitos prejudiciais

Chupeta e sucção do dedo podem afetar o posicionamento dos dentes permanentes.



Alimentação equilibrada

Nutrientes como cálcio e fósforo ajudam na formação saudável dos dentes.

Os cuidados bucais corretos nessa fase são essenciais para garantia de um sorriso saudável na vida adulta! " (CORRÊA, 2017)



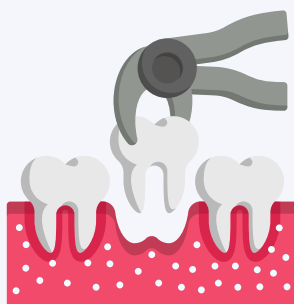
CIRURGIA EM ODONTOPEDIATRIA:

Princípios, Cuidados e Abordagem Clínica

A necessidade do uso da cirurgia em Odontopediatria deve estar fundamentada em um diagnóstico clínico completo, considerando-se aspectos etiológicos, o grau de evolução da condição, o comprometimento anatomo-funcional envolvido e os benefícios da intervenção em relação às possíveis sequelas (TOLEDO, 2012).

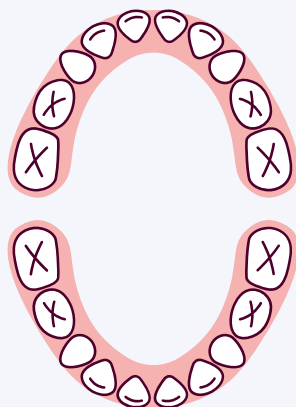
A intervenção cirúrgica em crianças exige critérios rigorosos de diagnóstico, pois deve ser considerada apenas quando os tratamentos conservadores não são suficientes. Fatores como o estágio de desenvolvimento ósseo, presença de dentes decíduos e sucessores permanentes ainda não irrompidos tornam o planejamento cirúrgico mais complexo (GUEDES PINTO, 2016).

Além disso, o sucesso do procedimento depende de uma boa avaliação da saúde geral e bucal da criança. Em situações com riscos sistêmicos ou locais, deve-se aplicar o chamado princípio da oportunidade cirúrgica, que define o momento mais seguro para a realização da cirurgia (TOLEDO, 2012).



REMOÇÃO DE DENTES DECÍDUOS: TÉCNICAS E CUIDADOS CLÍNICOS

A exodontia de dentes decíduos é um procedimento frequente na Odontopediatria e exige atenção às características anatômicas infantis e ao estágio de desenvolvimento da dentição permanente. Sua realização segura depende da escolha adequada de instrumentos e técnicas conforme o caso clínico.



Avaliação Prévia e Indicações

Antes de qualquer extração, é fundamental:

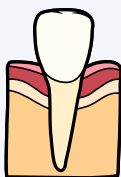
- ☒ Avaliar clinicamente e radiograficamente o paciente.
- ☒ Verificar a posição do dente sucessor permanente.
- ☒ Confirmar a presença ou ausência de lesões patológicas.
- ☒ Condicionar bem a criança (controle da dor e ansiedade).
- ☒ Evitar traumatismo aos dentes permanentes em formação.

Uso de Fórceps

Os fórceps são instrumentos essenciais para a remoção dentária, projetados de acordo com os diferentes grupos de dentes. Existem fórceps específicos para dentes decíduos, com tamanho reduzido, o que facilita a manipulação em cavidade bucal infantil (GUEDES-PINTO, 2016).

A escolha do movimento durante a exodontia depende do número de raízes do dente:

Dentes unirradiculares



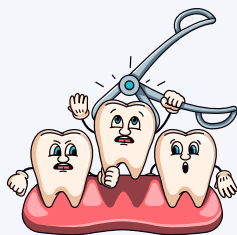
Movimentos pendulares e de rotação;

Dentes multirradiculares



Movimentos de lateralidade e/ou pendulares.

É fundamental que a parte ativa do fórceps se encaixe corretamente à coroa dentária, permitindo que a força aplicada seja transmitida com eficácia, promovendo a luxação do elemento (TOLEDO, 2012).

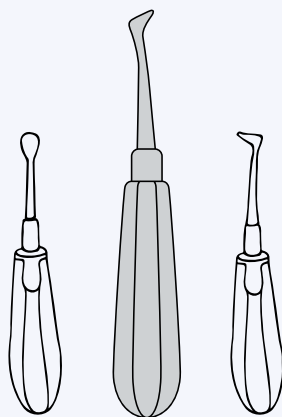


Entretanto, em casos de coroas fragilizadas por cáries extensas, há maior risco de fratura durante a aplicação do fórceps. Nesses casos, ou quando não há mais estrutura coronária, indica-se o uso de elevadores dentais (GUEDES-PINTO, 2016).

Além disso, o uso do fórceps deve ser evitado se, ao avaliar a radiografia, constatar-se risco de deslocamento ou lesão ao germe do dente permanente sucessor (TOLEDO, 2012)

Uso de Elevadores Dentais

Os elevadores são indicados para auxiliar na luxação do dente, remoção de raízes fraturadas e expansão da cortical óssea. Entre os mais utilizados em Odontopediatria, destacam-se os de Seldin (reto e curvo) e os apicais (GUEDES PINTO, 2016).



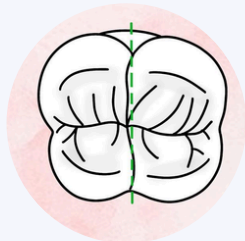
! Atenção

É indispensável que o apoio do instrumento seja feito no osso alveolar, evitando lesões aos dentes vizinhos ou ao germe do dente permanente. Para profissionais em fase de aprendizado, recomenda-se cautela: em alguns casos, pode-se optar por acompanhar clinicamente pequenos fragmentos remanescentes, aguardando sua eliminação espontânea, ao invés de correr riscos de lesões iatrogênicas (TOLEDO, 2012).

Uso de Instrumentos Rotatórios – Odontossecção

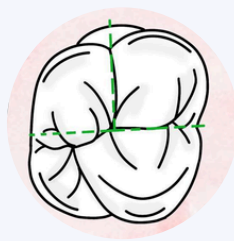
A odontossecção consiste na divisão da estrutura dentária com broca para facilitar a exodontia, especialmente em molares decíduos, cujas raízes podem envolver o dente permanente. A técnica visa reduzir a resistência ao movimento de avulsão (MCDONALD; AVERY, 2011).

Molares inferiores



Secção de vestibular para lingual com broca tronco cônica diamantada ou Zekria.

Molares superiores:



Secção em formato de "Y", devido ao maior número e posição das raízes.

Osteotomia

- Não é rotina na Odontopediatria.
- Usada em casos de dentes anquilosados, não irrompidos ou raízes profundas.
- Pode ser feita com brocas ou instrumentos manuais.



Ulectomia – O que é e como é feita

A ulectomia é uma cirurgia indicada para remover o excesso de gengiva que cobre a coroa de um dente decíduo, facilitando sua erupção normal. É recomendada tanto para dentes ainda não irrompidos quanto para aqueles parcialmente erupcionados com cobertura gengival persistente (CORRÊA, 2017).



Técnica cirúrgica da ulectomia

1°	Anestesia: Aplica-se anestesia infiltrativa ao redor do tecido que será removido.
2°	Incisão: Faz-se um corte em forma de elipse na mucosa gengival recobrimo o dente, com bisturi.
3°	Exposição do dente: A gengiva é afastada e a coroa dentária é exposta. Se houver tecido ósseo recobrimo o dente, é feita uma osteotomia (remoção do osso) com cinzel e escariador.
4°	Inflamação intensa: Se houver muita inflamação, a cirurgia pode ser feita em dois tempos: • Primeiro: drena-se o conteúdo da lesão. • Após 24–48 horas: realiza-se a remoção do tecido gengival.
5°	Casos duvidosos: Se a lesão parecer um hematoma, pode-se fazer uma punção para evitar incisões em lesões vasculares (como hemangiomas), prevenindo complicações.

Frenectomia Labial e Lingual – O que é e quando indicar

A frenectomia é a remoção cirúrgica dos freios labial ou lingual quando eles causam limitações funcionais ou estéticas (CORRÊA, 2017).

Embriologia e Anatomia

O freio labial se forma durante a vida intrauterina, por volta da 7ª semana, como uma prega de tecido que conecta o lábio superior à papila incisiva. É composto por epitélio e tecido conjuntivo fibroelástico (KATCHBURIAN; ARANA-CHAVEZ, 2012).

No recém-nascido, pode se estender até a papila, interferindo na sucção, fonação, escovação e até no fechamento de diastemas. O freio lingual, quando curto (anquiloglossia), pode causar dificuldade de fala, sucção e crescimento mandibular alterado (GUEDES-PINTO, 2016).



Indicações para frenectomia labial

- ☑ Freio tetolabial persistente com inserção baixa
- ☑ Diastema interincisivo não fisiológico
- ☑ Interferência na higiene bucal
- ☑ Tensão do freio sobre a gengiva
- ☑ Necessidade de auxílio no tratamento ortodôntico ou periodontal

Técnica cirúrgica da frenectomia labial

1°	Anestesia infiltrativa bilateral no fundo do sulco gengivolabial, com complementação na papila.
2°	Incisão: são feitas duas incisões ao longo do freio, formando um retalho em losango.
3°	Remoção: o retalho de mucosa e o freio são removidos, incluindo fibras profundas (curetagem).
4°	Sutura: aproximação das bordas com fio 3.0.
5°	Pós-operatório: uso de bochechos antissépticos, remoção de suturas em 5 a 7 dias. A nova inserção tecidual se forma por volta de 21 dias.

(GUEDES-PINTO, 2016).

Frenectomia lingual

- Indicada em casos de língua presa (anquiloglossia), quando o freio impede a movimentação adequada da língua (CORRÊA, 2017; MARTINELLI, 2013).



Técnica cirúrgica da frenectomia lingual

1°	Anestesia nos nervos linguais, bilateralmente.
2°	Imobilização da língua: com fio de seda ou uso da tentacânula.
3°	Incisão: corte do freio com tesoura cirúrgica, evitando seccionamento profundo
4°	Divulsão: separação dos tecidos para aumentar a amplitude do movimento.
5°	Sutura: com fios 4.0, isolados e absorvíveis.
6°	Pós-operatório: pode haver desconforto ao movimentar a língua. Após 15 dias, inicia-se fonoterapia para melhor reabilitação funcional.



Dentes supranumerários

Cerca de 90% dos dentes supranumerários ocorrem no maxilar superior, com maior frequência em homens (proporção de 2:1 em relação às mulheres). A localização mais comum é na linha média, sendo chamados de mesiodentes. Também podem surgir na região de pré-molares e molares, como um possível quarto molar. No entanto, podem aparecer em qualquer ponto do rebordo alveolar, sozinhos ou em pares, e em diferentes posições – até mesmo invertidos (NEVILLE et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).

Eles podem estar presentes tanto na dentição decídua quanto na permanente, sendo mais comuns na permanente (incidência de 1 a 3%) e presentes em ambas as dentições em até 30 a 50% dos casos (NEVILLE et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).

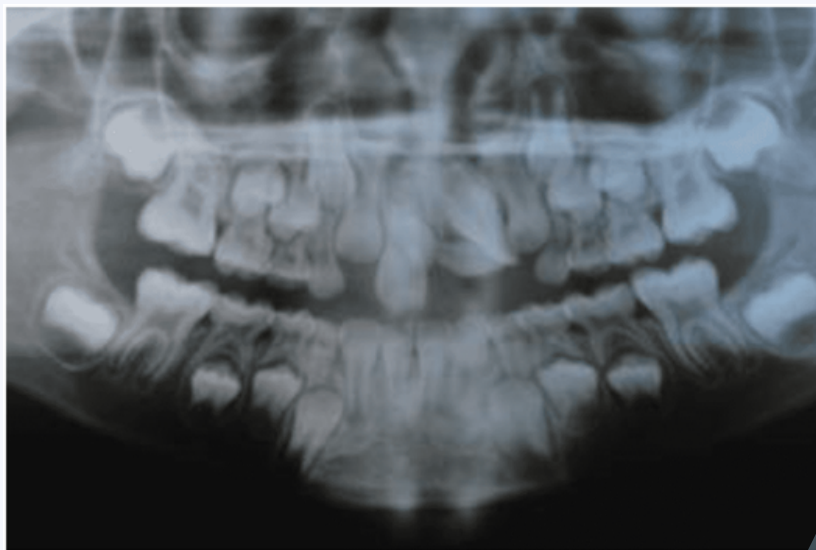


FIGURA: google fotos.

A extração (exodontia) do dente supranumerário é indicada quando:

- ☒ Impede a erupção de um dente permanente
- ☒ Está associado a um cisto dentígero
- ☒ Causa diastema
- ☒ Provoca o desalinhamento de dentes permanentes



NEVILLE et al., 2016; TOLEDO, 2012



Atenção

Se não houver urgência, como presença de cisto, o ideal é aguardar o estágio de 2/3 da formação radicular dos dentes permanentes vizinhos antes da remoção (GUEDES-PINTO, 2016; TOLEDO, 2012).

Localização e diagnóstico

Saber a posição exata do dente supranumerário é essencial para planejar a cirurgia, preservando os dentes adjacentes e outras estruturas.

Para isso, podem ser usados:

- ☒ Radiografias oclusais e laterais
- ☒ Técnica de Clark (para maxila) ou Miller-Winter (para mandíbula)
- ☒ Tomografia computadorizada 3D

Cirurgia

A cirurgia varia conforme a localização do dente:

1. *Vestibular*

- Antissepsia bucal e extraoral
- Anestesia tópica e infiltrativa
- Incisão na gengiva ou papilas interdentaes
- Separação dos tecidos com espátula
- Osteotomia manual com cinzel na área de maior volume ósseo
- Uso de elevadores para remoção
- Regularização da área e sutura

2. *Palatina (ex: mesiodente)*

- Anestesia entre os primeiros molares
- Incisão nas papilas para levantar a mucosa de molar a molar
- Osteotomia com cinzel, martelo ou motor com refrigeração, iniciando na região da coroa dentária
- Avulsão com elevadores e sutura

3. *Intermediária (entre vestibular e palatina)*

- *Cirurgia mais complexa*
- *A escolha do acesso (vestibular ou palatino) deve ser criteriosa para evitar danos à irrigação sanguínea*
- *Frequentemente requer odontosecção (corte do dente) e até contenção interdental*

Pós-operatório

- O pós-operatório segue os cuidados básicos:
- Controle de dor e edema
- Manutenção da imobilidade tecidual
- Hemostasia
- Dieta líquida e fria
- Acompanhamento com radiografias para avaliar a formação óssea

(ANDREASEN et al., 2011; GUEDES-PINTO; BONECKER; RODRIGUES, 2016; MCDONALD; AVERY, 2011; TOLEDO, 2012).



Odontomas

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns e, apesar de seu nome, são considerados hamartomas – ou seja, malformações benignas do desenvolvimento, compostas por tecidos dentários bem organizados. Eles podem afetar a erupção dentária e, por isso, muitas vezes precisam ser removidos (NEVILLE et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).

Existem dois tipos principais de odontomas:

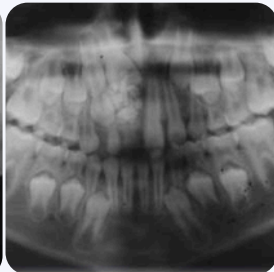
Composto

Formado por pequenas estruturas semelhantes a dentes.



Complexo

Formado por uma massa irregular de tecidos dentários (esmalte, dentina, polpa).



A remoção cirúrgica desses tumores é indicada quando:

- Impedem a erupção de dentes permanentes;
- Estão associados a lesões, como cistos;
- Provocam assimetrias ou desconfortos.

NEVILLE et al., 2016; TOLEDO, 2012

Técnica cirúrgica para remoção de odontomas

1°	Radiografia: feita para localizar o odontoma e planejar o acesso cirúrgico.
2°	Anestesia: infiltrativa, realizada na região do tumor
3°	Incisão e descolamento do retalho: permite boa visualização do campo operatório.
4°	Osteotomia: abertura do osso com instrumentos manuais ou rotatórios, respeitando estruturas adjacentes.
5°	Remoção do odontoma: feita com curetas ou elevadores. Em alguns casos, pode haver necessidade de odontosecção (divisão do tumor para facilitar a remoção).
6°	Limpeza e curetagem da área: para retirar restos foliculares e evitar recidivas.
7°	Sutura e orientações pós-operatórias: o retalho é reposicionado e suturado com pontos simples. É indicado repouso, dieta leve e uso de analgésicos e antibióticos, quando necessário.

(ANDREASEN et al., 2011; GUEDES-PINTO, 2016; MCDONALD; AVERY, 2011; TOLEDO, 2012).



Atenção

O acompanhamento clínico e radiográfico é fundamental para avaliar a cicatrização óssea e o desenvolvimento dos dentes envolvidos (ANDREASEN et al., 2011).



ANESTESIOLOGIA

Escolha do Sal Anestésico

A dosagem em crianças deve ser calculada estritamente com base no peso corporal, e não na idade, para evitar toxicidade (superdosagem).

Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000: É o padrão ouro. Segura e com tempo de trabalho adequado.

Articaina 4%: Muito eficiente para infiltrações, mas recomendada apenas para crianças acima de 4 anos devido à falta de estudos extensos em bebês.

Técnicas Mais Comuns

Infiltrativa Supraperióstea: Muito eficaz na maxila devido à porosidade do osso infantil.

Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior: Indicado para molares decíduos inferiores em procedimentos invasivos (extrações ou pulpotomias). Em crianças, o forame mandibular está localizado abaixo do plano oclusal, ao contrário dos adultos.

Anestesia Intraligamentar: Útil como complemento, mas deve ser usada com cautela em dentes decíduos para não danificar o germe do dente permanente.

Cuidados Pós-Anestésicos

O maior risco após a anestesia em odontopediatria é a mordedura de lábio ou bochecha. A criança não entende a sensação de parestesia e pode se ferir gravemente.

Orientação: Instruir os pais a supervisionarem a criança até que o efeito passe totalmente e evitar alimentação sólida nesse período.

(BRASIL, 1990, on-line; SOUZA et al., 2010, p. 232;
WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024, on-line)



CARIOLOGIA

em odontopediatria

A cárie é uma doença multifatorial, biofilme-açúcar-dependente e não transmissível caracterizada pela desmineralização dos tecidos dentários por ação de bactérias acidófilas. Na Odontopediatria, a cárie apresenta início precoce, evolução rápida e impacto significativo na saúde geral, no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança (FEJERSKOV et al., 2017; GUEDES-PINTO, 2016).

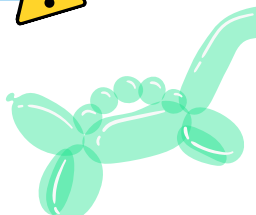
ETIOLOGIA

- > BIOFILME DENTAL CARIOGÊNICO
- > HIGIENE BUCAL INADEQUADA
- > EXPOSIÇÃO INSUFICIENTE AO FLÚOR
- > DENTES SUSCETÍVEIS (DENTIÇÃO DECÍDUA)
- > TEMPO DE EXPOSIÇÃO AOS ÁCIDOS DO BIOFILME
- > FATORES SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS

(FEJERSKOV; NYVAD; KIDD, 2017; GUEDES-PINTO; BONECKER; RODRIGUES, 2016; PITTS et al., 2017; TOLEDO, 2012).

Um dente é considerado saudável quando após os exames clínicos e complementares os tecidos moles e duros se encontram íntegros. Dessa forma, é importante entender que a partir do momento que se encontra um processo carioso, deve-se observar a saúde gengival desse paciente, pois a periodontia e a dentística coexistem na relação saúde-doença (TOLEDO, 2012).

Sinais de alerta: gengiva inflamada e acúmulo de biofilme!



DIAGNÓSTICO

1. ANAMNESE DETALHADA, INCLUINDO HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE;
2. EXAME CLÍNICO CRITERIOSO, COM INSPEÇÃO VISUAL E TÁTIL;
3. IDENTIFICAÇÃO DE:
 - MANCHAS BRANCAS ATIVAS
 - CAVITAÇÕES
 - LESÕES ATIVAS E INATIVAS*
4. EXAMES RADIOGRÁFICOS (QUANDO INDICADOS), ESPECIALMENTE PARA DETECÇÃO DE CÁRIES INTERPROXIMAIS;
5. AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE, FUNDAMENTAL PARA O PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO.

GUEDES-PINTO, 2016; PITTS et al., 2017

Critério	Cárie Ativa	Cárie Inativa
Aspecto Clínico	Manchas brancas opacas ou lesões cavitadas amarelas/acastanhadas. Superfície rugosa e macia ao toque.	Manchas brancas opacas ou lesões escurecidas e endurecidas. Superfície lisa e brilhante ao toque. Ausência de biofilme dental.
Avaliação Tátil	Ingestão recorrente de açúcares, especialmente sacarose.	Sensação de parte do dente amolecida, úmida ou pegajosa. Ao utilizar sonda, há arranhamento ou penetração.
Higiene bucal inadequada	Escovação deficiente ou ausência de uso de fluor, contribuindo para o acúmulo de biofilme dental.	Sensação de parte do dente endurecida, seca e lisa. Ao utilizar sonda, superfície intacta ou áspera.
		
Ativa, com tendência de progressão.	Ativa, com tendência de progressão.	Inativa, estabilizada ou parada.
		
Ativa, com tendência de progressão.		Inativa, estabilizada ou parada.

FIGURA CRIADA POR IA A PARTIR DAS REFERÊNCIAS: FEJERSKOV et al., 2017





DOENÇA INATIVA

controle do biofilme, controle da dieta e uso de dentifrícios fluoretados.

DOENÇA ATIVA

controle do biofilme, controle da dieta e uso de dentifrícios fluoretados

+

Selamento de microcavidades

ou

Remoção seletiva de dentina cariada e aplicação de material restaurador.

É importante avaliar a condição pulpar em lesões mais extensas. Pois é possível que o dente precise de tratamento endodôntico e não restaurador! (GUEDES-PINTO, 2016; TOLEDO, 2012).



Estágio	Características Clínicas	Conduta Terapêutica
Lesão inicial (mancha branca ativa)	Opacidade esbranquiçada; superfície rugosa/ósca; sem cavitação	- Orientação de higiene bucal; - Controle dietético; - Aplicação tópica de flúor; - Dentifício fluoretado; - Selantes quando indicados; acompanhamento periódico
Microcavidade	Cavidade restrita ao esmalte ou dentina externa; ausência de sinais pulpares	Profilaxia e selamento
Lesão cavitada profunda (sem exposição pulpar)	Cavidade extensa; proximidade pulpar; sensibilidade reversível	- Remoção seletiva (preservação da dentina próxima à polpa); - Proteção pulpar indireta quando indicada; restauração definitiva
Lesão com envolvimento pulpar	Dor espontânea; exposição pulpar; sinais clínicos/radiográficos de comprometimento	- Pulpotomia ou pulpectomia; - Coroas de aço inoxidável em molares deciduos; - Exodontia quando indicada
Lesão inativa (cárie paralisada)	Superfície dura, lisa e brilhante; coloração escura; sem progressão	- Monitoramento clínico; - Manutenção da higiene; - Controle de fatores de risco

DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE

Consistem em alterações estruturais do esmalte dentário durante sua formação ou pós erupção. Sendo elas qualitativas ou quantitativas. Dentre os defeitos de esmalte existentes estão:

- **Hipoplasia**
- **Hipomineralização molarincisivo**
- **Fluorose**
- **Amelogênese imperfeita**

O correto diagnóstico é crucial para direcionar adequadamente a abordagem e tratamento apropriado.

1. HIPOPLASIA

Caracterizado como uma redução da densidade de esmalte por defeitos na formação da matriz orgânica durante seu desenvolvimento. Essa condução pode ocasionar cavidades, desnível, manchas, opacidade, translucidez e rugosidade (NEVILLE et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).



Reprodução/Dr. Eduardo Tavares

Hipoplasia de Esmalte	
Etiologia	fatores: • Pré-natais (doenças maternas, desnutrição, uso de medicamentos) • Perinatais (prematuridade, baixo peso, hipóxia) • Pós-natais (doenças sistêmicas com febre, desnutrição, uso de medicamentos, traumas em dentes decíduos). OBS: Pode haver influência genética.
Diagnóstico	• Predominantemente clínico. • Presença de esmalte fino ou ausente, fossas, sulcos ou depressões, superfície áspera e bordas irregulares. • Pode haver sensibilidade dentária, maior risco de cárie e comprometimento estético. OBS: Exames radiográficos são complementares.
Tratamento Preventivo Aplicação tópica de flúor, selantes de fôssulas e fissuras, orientação de higiene bucal, controle dietético e acompanhamento periódico.	
Tratamento Restaurador Restaurações com resina composta, ionômero de vidro, proteção pulpar indireta quando indicada e reanatomização dental.	
Tratamento Estético/Reabilitador Microabrasão do esmalte (casos leves), facetas diretas em resina composta e coroas totais em casos severos após o término do crescimento.	

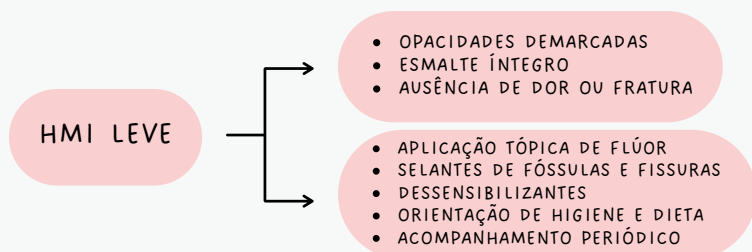
2. HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR INCISIVO

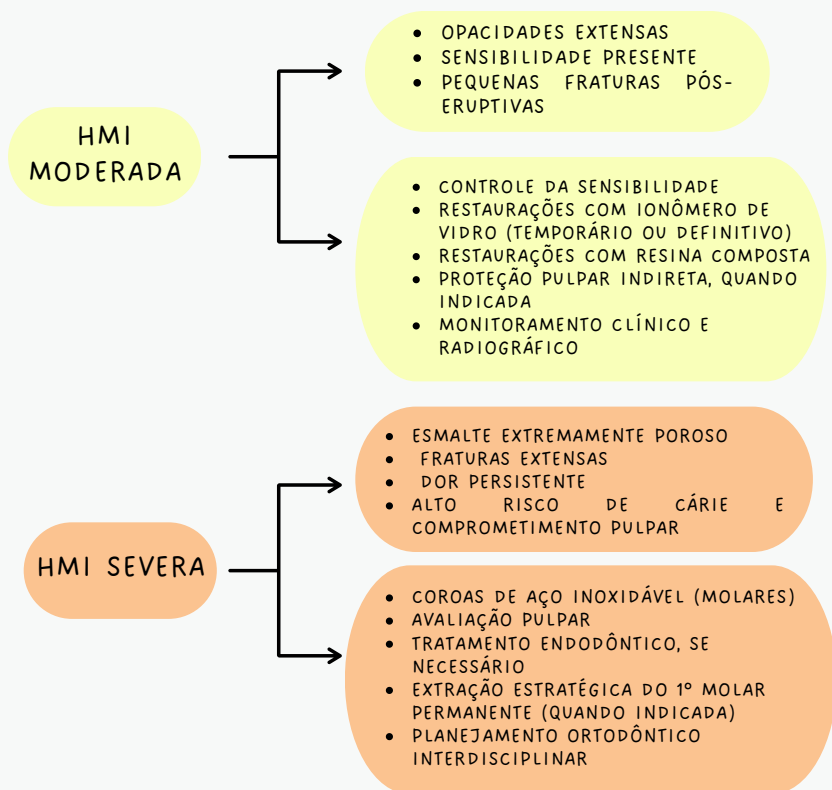


É um defeito qualitativo caracterizado por áreas demarcadas entre esmalte sadio e defeituoso, com manchas amarelas ou castanhadas e opacidade. Atinge especialmente molares e incisivos permanentes, podendo estar presente também na dentição decídua. Pela fragilidade estrutural, os dentes com hipomineralização estão mais susceptíveis a cárie dentária (GUEDES-PINTO, 2016; TOLEDO, 2012).

Hipomineralização Molar-Incisivo (HMI)	
Etiologia	Condição de origem sistêmica e multifatorial. Fatores: • Pré-natais (doenças maternas) • Perinatais (prematuridade, baixo peso ao nascer) • Pós-natais (doenças sistêmicas na primeira infância, febre alta, infecções respiratórias, uso de antibióticos e fatores ambientais) Interferem na fase de maturação do esmalte.
Diagnóstico	Predominantemente clínico, realizado após a erupção dos primeiros molares permanentes e incisivos. Caracteriza-se: • Opacidades demarcadas no esmalte (branco-creme a amarelo-acastanhado) • Esmalte poroso e friável, fraturas pós-eruptivas, sensibilidade dentária aumentada e maior suscetibilidade à cárie. obs: O exame radiográfico atua como complemento.
Tratamento	Individualizado conforme a severidade. Inclui: • Medidas preventivas (aplicação tópica de flúor, selantes, controle dietético) • Tratamentos restauradores (ionômero de vidro, resina composta, proteção pulpar indireta). • Coroas de aço inoxidável ou extração planejada com acompanhamento ortodôntico.

2.1 GRAUS DE SEVERIDADE E DECISÃO TERAPÊUTICA





(GUEDES-PINTO, 2016; LUNTI ET AL., 2010).

3.FLUOROSE

Defeito causado pela exposição a altas concentrações de flúor durante a fase de maturação. Pode ser classificada de normal a severa segundo o Índice de Dean. Essa condição pode aumentar a susceptibilidade do dente a cárie devido a fragilidade do esmalte (BRASIL, 2009).



Fluorose dentária severa (Fonte: John Doe via Wikimedia Commons)

GRAU DE FLUOROSE	CARACTERÍSTICA CLÍNICA
NORMAL (0)	TRANSLUCIDEZ NORMAL, SUPERFÍCIE LISA E SEM RUGOSIDADE, PRESENÇA DE MANCHAS BRANCAS/CREME.
QUESTIONÁVEL (0,5)	SUTIL DIFERENÇA DE TRANSLUCIDEZ, MANCHAS ESBRANQUIÇADAS OU PONTOS BRANCOS.
MUITO LEVE (1)	AREAS IRREGULARES DE COLORAÇÃO ESBRANQUIÇADAS E OPACAS QUE NÃO COMPROMETEM MAIS DE 25% DOS DENTES.
LEVE (2)	EXTENSAS ÁREAS OPACAS BRANCAS QUE ENVOLVEM MENOS QUE 50% DA SUPERFÍCIE DENTÁRIA.
MODERADA (3)	OPACIDADE BRANCA EM 50% DA SUPERFÍCIE DENTÁRIA, COM PRESENÇA OU NÃO DE MANCHAS CASTANHAS OU AMARELADAS.
SEVERA (4)	TOTALIDADE DA SUPERFÍCIE DENTAL FETADA, PERDA DE ESTRUTURA E PRESENÇA DE MANCHAS ESCURAS OU PRETAS.

O tratamento da fluorose deve ser individualizado e progressivo, priorizando inicialmente condutas conservadoras e minimamente invasivas, especialmente em pacientes pediátricos (SUNDFELD et al., 2014; GUEDES-PINTO, 2016).

Os principais objetivos terapêuticos incluem:

- Melhorar a estética dental;
- Reduzir sensibilidade, quando presente;
- Preservar a estrutura dentária;
- Promover satisfação e bem-estar do paciente.



GRAU DE SEVERIDADE	CONDOTA TERAPÊUTICA
LEVE	• Orientação aos pais/cuidadores quanto ao uso correto do flúor; • Acompanhamento clínico periódico; • Profilaxia profissional; • Microabrasão superficial
MODERADA	• Abordagem conservadora; • Microabrasão do esmalte associada ou não à infiltração resinosa; • Restaurações estéticas conservadoras com resina composta em defeitos localizados; • OBS: evitar clareamento dental em crianças pequenas
SEVERA	• Restaurações diretas com resina composta para proteção do esmalte; • Selamento de áreas porosas; • Coroas de aço inoxidável em molares com grande comprometimento estrutural; • Acompanhamento até idade adequada para tratamentos definitivos

(GUEDES-PINTO, 2016; SUNDFELD ET AL., 2014)

4. AMELOGÊNESE IMPERFEITA

A amelogenese imperfeita é um distúrbio hereditário do desenvolvimento do esmalte dentário, que afeta dentes decíduos e permanentes, independentemente de fatores sistêmicos ou ambientais, comprometendo quantidade, qualidade ou maturação do esmalte (NEVILLE et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).



AMELOGÊNESE IMPERFEITA (AI)	
ETIOLOGIA	• Distúrbio genético e hereditário da formação do esmalte dentário • Decorre de mutações em genes envolvidos na amelogênese • Afeta dentes decíduos e permanentes, sem relação com fatores sistêmicos, ambientais ou ingestão de flúor.
DIAGNÓSTICO	• Predominantemente clínico • Baseado na presença de esmalte fino, ausente ou friável, alterações de cor (opaco, amarelado ou acastanhado), superfície irregular, desgaste acelerado e sensibilidade dentária. • Radiograficamente observa-se redução do contraste entre esmalte e dentina.
TRATAMENTO	• Controle da sensibilidade. • Aplicação tópica de flúor. • Selantes, restaurações com ionômero de vidro ou resina composta • Coroas de aço inoxidável em molares com grande comprometimento estrutural. • orientação de higiene bucal. OBS: Procedimentos reabilitadores definitivos devem ser planejados após o término do crescimento.

ANDREASEN et al., 2011; GUEDES-PINTO, 2016; MCDONALD; AVERY, 2011; TOLEDO, 2012



TRATAMENTO RESTAURADOR E A REMOÇÃO SELETIVA DE CÁRIE

Na Odontopediatria, o tratamento restaurador deve considerar as particularidades anatômicas, fisiológicas e comportamentais da criança. Os dentes decíduos e os dentes permanentes jovens apresentam menor espessura de esmalte e dentina, além de maior proximidade pulpar, o que aumenta o risco de exposições pulpares durante procedimentos restauradores convencionais (ANDREASEN et al., 2011; GUEDES-PINTO, 2016; MCDONALD; AVERY, 2011; TOLEDO, 2012).

A Remoção Seletiva de Tecido Cariado (RSTC) é uma abordagem restauradora minimamente invasiva que visa controlar a cárie, preservar a estrutura dentária e manter a vitalidade pulpar (FEJERSKOV et al., 2017; RIZZOLLO et al., 2018).

Baseia-se na remoção:

- Completa da dentina infectada
- Parcial da dentina afetada, preservando seu potencial de remineralização.

Especialmente indicada em Odontopediatria e em dentes permanentes jovens.



Por que remover seletivamente?

- Reduz o risco de exposição pulpar
- Preserva estrutura dentária sadia
- Mantém a vitalidade pulpar
- Diminui procedimentos invasivos
- Melhora a aceitação do tratamento em crianças

QUANDO INDICAR?

**Lesões de cárie profundas
Ausência de sinais de pulpite irreversível
Dentes decíduos e permanentes jovens
Pacientes pediátricos**

Situações em que se prioriza abordagem conservadora

(GUEDES-PINTO, 2016; SCHWENDICKE et al., 2016).



 Dentina infectada	vs	Dentina afetada 
☒ Tecido amolecido, úmido e mais escuro		☒ Tecido firme, menos úmido, com aspecto de couro
☒ Contém alta concentração bacteriana		☒ Menor contaminação bacteriana
☒ Não é passível de remineralização		☒ Pode ser remineralizada
☒ Deve ser removida durante a escavação		☒ Deve ser preservada quando possível
☒ Deve ser removida durante a escavação		☒ Deve ser preservada quando possível

IMAGEM CRIADA POR IA COM A REFERÊNCIA: FEJERSKOV et al., 2017; GUEDES-PINTO, 2016.

ATENÇÃO!



Remova completamente a cárie das margens

Preserve a dentina próxima à polpa

Priorize selamento adequado

Acompanhe clinicamente

PASSO A PASSO CLÍNICO

TRATAMENTO RESTAURADOR EM ODONTOPEDIATRIA. REMOÇÃO SELETIVA DE CÁRIE.



1 Avaliação inicial

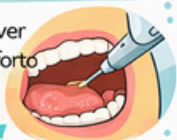
- ✓ Anamnese detalhada
- ✓ Exame clínico criterioso
- ✓ Avaliação radiográfica



- 🎯 **Objetivo:** determinar extensão da lesão e condição pulpar.

2 Anestesia local

- ✓ Indicada quando houver sensibilidade ou desconforto
- ✓ Facilita o manejo comportamental



2 Anestesia local

- ✓ Indicada quando houver sensibilidade ou desconforto
- ✓ Facilita o manejo comportamental



3 Isolamento

- ✓ Preferencialmente isolamento absoluto com dique de borracha
- ✓ Garante controle de umidade e segurança



3 Isolamento

- ✓ Preferencialmente isolamento absoluto com dique de borracha
- ✓ Garante controle de umidade e segurança



4 Acesso à cavidade

- ✓ Remoção de esmalte fragilizado
- ✓ Exposição adequada da lesão cariosa



- ♥ **Evitar exposição pulpar desnecessária**

5 Remoção seletiva da cárie

- ✓ **Paredes periféricas:**
Remoção total da dentina infectada
- ✓ **Parade pulpar:**
Preservação da dentina afetada
Consistência firme ou levemente resiliente



6 Limpeza e proteção pulpar

- ✓ Limpeza da cavidade
- ✓ Proteção pulpar indireta quando indicada



7 Restauração definitiva

- ✓ Técnica adesiva
- ✓ Selamento marginal adequado
- ✓ Restabelecimento da função e estética



8 Orientações finais

- ✓ Higiene bucal
- ✓ Controle dietético



Enfermidades periodontais

A doença periodontal é definida como uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, iniciada pelo acúmulo de biofilme dental (placa bacteriana). Ela se caracteriza pela resposta inflamatória do hospedeiro que, se não controlada, leva à destruição dos tecidos de suporte dos dentes (gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar). Em pacientes jovens variam desde inflamações leves até formas agressivas relacionadas a condições genéticas ou sistêmicas. (CARRANZA et al., 2016; GUEDES-PINTO, 2016).

Segundo Guedes-Pinto (2016) e Carranza (2016), a resposta periodontal na criança difere da do adulto:

1. Estrutura Anatômica: A gengiva decídua é mais vascularizada, menos ceratinizada e apresenta um tecido conjuntivo mais frouxo.
2. Resposta ao Biofilme: Crianças tendem a apresentar menos inflamação grave do que adultos com a mesma quantidade de placa, devido a diferenças na microbiota e na resposta imune.
3. Periodontite de Início Precoce: Embora rara, pode ser agressiva e está frequentemente ligada a distúrbios sistêmicos (como Diabetes Tipo I ou Neutropenia) ou hereditariedade.

1. CLASSIFICAÇÃO

GENGIVITE
INDUZIDA POR
BIOFILME

PERIODONTITE

DOENÇAS
PERIODONTAIS
NECROSANTES

Em crianças, a presença de doença periodontal severa pode ser um "sinal de alerta" para condições de saúde subjacentes (SOUZA et al., 2010).



Diabetes Melilitus

Hipofosfatasia

Síndrome de Down

Função da Odontopediatria

1. O tratamento baseia-se no controle da infecção e na reabilitação dos tecidos.
2. Educação em Saúde: Instrução de higiene oral lúdica e adaptada à idade.
3. Raspagem e Profilaxia: Remoção de cálculo (tártaro) e biofilme.
4. Controle de Dieta: Redução da ingestão de açúcares que favorecem a proliferação bacteriana.
5. Monitoramento Radiográfico: Essencial para detectar perda óssea que não é visível a olho nu.

(GUEDES-PINTO, 2016; CARRANZA et al., 2016).



TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

A preservação dos dentes decíduos até sua esfoliação fisiológica é um dos principais objetivos da Odontopediatria, pois esses dentes são fundamentais para a manutenção do espaço e o correto desenvolvimento da oclusão permanente. No entanto, a alta prevalência de cáries na dentição decídua ainda representa um grande desafio, levando frequentemente à necessidade de intervenções no tecido pulpar.

Neste capítulo, serão abordadas as condutas voltadas ao tratamento do complexo polpa-dentina, incluindo as diferenças anatômicas entre dentes decíduos e permanentes jovens, além das indicações, contraindicações, diagnóstico da condição pulpar e os principais tipos de terapias utilizados.

A abordagem atual vai além do alívio da dor, exigindo evidências clínicas e radiográficas de sucesso terapêutico. Nos decíduos, busca-se conservar a vitalidade da polpa com técnicas conservadoras; nos permanentes jovens, o foco é permitir a formação completa da raiz (apicigênese).

O sucesso depende de diagnóstico preciso, anamnese detalhada e exames clínicos e complementares adequados. Ao longo do capítulo, essas estratégias serão exploradas com ênfase na prática clínica cuidadosa e no atendimento integral à criança e ao adolescente.



TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

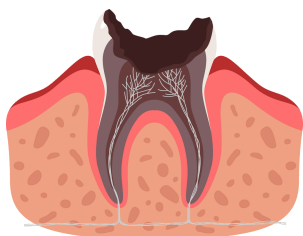


É necessário conhecer:

Causas	Anatomia dos dentes decíduo x permanentes	Contraindicações
Diagnóstico da condição pulpar	Terapia pulpar em dentes decíduos	Tipos de materiais a serem utilizados

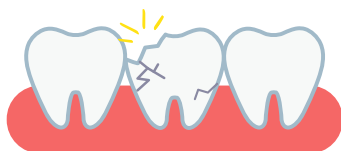
CAUSAS

1. Lesões cariosas profundas com comprometimento pulpar



Em casos de agressão intensa, o tecido pulpar pode entrar em necrose, perdendo estrutura e função. Isso leva à infiltração de células inflamatórias e dissolução do tecido. Clinicamente, pode surgir fistula ou abscesso com acúmulo de pus.

2. Lesões traumáticas com comprometimento pulpar



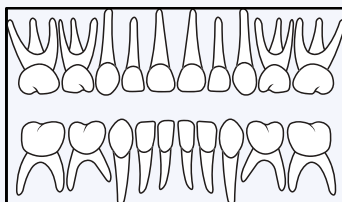
Traumas dentários podem lesar o complexo dentino-pulpar, com ou sem exposição da polpa. Sinais como mobilidade, dor e escurecimento da dentina indicam comprometimento pulpar, podendo evoluir para necrose

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

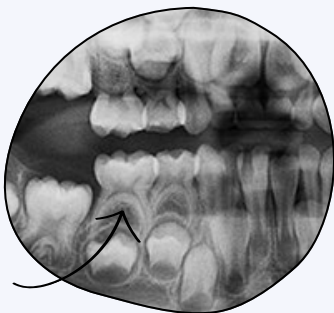
- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

Anatomia do dente decíduo

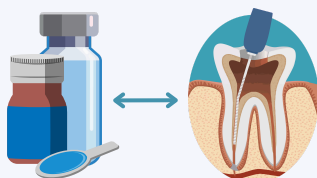
A anatomia dos dentes decíduos apresenta características que os diferenciam dos permanentes, como **esmalte** e **dentina** mais finos e menos calcificados, além de um **volume pulpar** proporcionalmente maior, o que aumenta o risco de exposição pulpar em processos cariosos.



A região da **bifurcação** é especialmente relevante por estar próxima ao **germe** do dente permanente e conter muitos canais acessórios e forames, o que favorece problemas pulpoperiodontais.



Por isso, a escolha dos medicamentos no tratamento pulpar de dentes decíduos deve ser cuidadosa, evitando substâncias muito irritantes devido ao risco de danos às estruturas próximas.



TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

Diagnóstico da condição pulpar

O diagnóstico correto da condição pulpar é essencial para a definição do melhor plano de tratamento em dentes decíduos. Esse processo envolve:

1. História Médica e Odontológica

Dor espontânea	Dor provocada de curta duração
Quando a criança relata dor sem estímulo, é compatível com pulpite irreversível ou necrose pulpar.	Aliviada após remoção do estímulo ou uso de analgésico. Pode receber o estímulo durante a escovação ou ingestão de alimentos frios/quentes.
	

2. Exame Clínico Intraoral

Avaliar presença de:

- Deslocamentos de dentes



- Fraturas dentárias



- Lesões de cárie extensas



- Alterações nos tecidos moles (edemas, fístulas)



- Alterações de cor



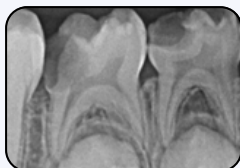
TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

Diagnóstico da condição pulpar

3. Exame Radiográfico (Periapical)

Avaliar regiões apicais e inter-radiculares para identificar reabsorções, rarefações ósseas ou comprometimentos periapicais que influenciam no diagnóstico.



4. Testes Adicionais

Palpação, percussão e mobilidade são indicados para ajudar na avaliação.

Palpação	Percussão	Mobilidade
		

! Atenção

Testes de sensibilidade pulpar (elétricos e térmicos) não são recomendados para dentes decíduos, pois são pouco confiáveis nesta fase.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA - POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

Tipos de Terapias

Pulpite reversível:

- ☒ Capeamento pulpar indireto
- ☒ Capeamento pulpar direto
- ☒ Pulpotomia

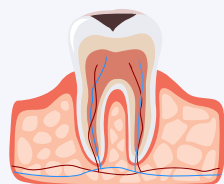
Pulpite irreversível:

- ☒ Biopulpectomia
- ☒ Necropulpectomia: com ou sem lesão em furca

CAPEAMENTO PULPAR DIRETO

1. Indicações

O capeamento pulpar direto pode ser considerado em dentes decíduos que apresentem:



Lesões cariosas localizadas na metade interna da dentina, com risco de exposição pulpar;

Ausência de sinais clínicos e radiográficos indicativos de pulpite irreversível.

Ausência de histórico de dor espontânea;



Nessas condições, o objetivo do capeamento é evitar a exposição pulpar e promover a remineralização da dentina afetada, preservando a vitalidade do dente.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

2. Material Utilizado

O material mais utilizado para o capeamento é o cimento de **hidróxido de cálcio**, embora alternativas como o **óxido de zinco e eugenol** ou a pasta **Guedes-Pinto** também possam ser empregadas, conforme relatado na literatura clássica.



3. Protocolo Clínico

1°	Anestesia local adequada;
2°	Isolamento absoluto com dique de borracha para evitar contaminação salivar;
3°	Remoção seletiva do tecido cariado;
4°	Aplicação da base de cimento de hidróxido de cálcio (ou outro material capeador);
5°	Selamento da cavidade com material restaurador provisório ou definitivo, como cimento de ionômero de vidro ou resina composta.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

3. Considerações Específicas em Dentes Decíduos

O ciclo biológico dos dentes decíduos, marcado pela reabsorção radicular, compromete o potencial de reparo pulpar. Assim, abordagens conservadoras que dependem de respostas reparadoras devem ser muito bem avaliadas. Na maioria dos casos, o capeamento pulpar direto é contraindicado em dentes decíduos.

Exceções ocorrem em situações muito específicas, como:

- Molares decíduos de crianças menores de 4 anos;
- Antes do início do processo de reabsorção radicular;
- Exposição pulpar pequena, limpa e não contaminada por saliva.

Mesmo nessas circunstâncias favoráveis, a pulpotomia é considerada uma opção mais segura e previsível do que o capeamento pulpar direto.

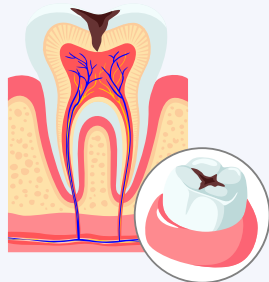
Importância do Selamento Imediato

Após a aplicação do agente capeador, é fundamental que a restauração definitiva seja realizada o mais rapidamente possível. Um selamento adequado minimiza o risco de falha do capeamento e preserva a saúde pulpar, aumentando as chances de sucesso do tratamento.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA - POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

CAPEAMENTO PULPAR INDIRETO

O capeamento pulpar indireto, também conhecido como terapia pulpar indireta, é uma abordagem conservadora indicada para preservar a vitalidade pulpar em dentes decíduos acometidos por lesões cariosas profundas.



Essa técnica tem como objetivo a paralisação do avanço da lesão e a manutenção da integridade da polpa, evitando sua exposição direta e reduzindo a necessidade de intervenções mais invasivas, como a pulpotomia ou a pulpectomia.

1. Indicações

O capeamento pulpar indireto é indicado nos seguintes casos:

Cárie profunda com risco de exposição pulpar se a remoção do tecido for total;

Trauma dentário recente (menos de 24 horas) sem contaminação salivar;

Dentes assintomáticos, sem dor espontânea ou sinais de pulpíte irreversível.

Pequenas exposições ocorridas durante a remoção de cárie;



Importante ressaltar que a técnica é contraindicada em dentes com pulpíte, mesmo sem exposição pulpar.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA - POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

2. Material Utilizado

Os materiais mais empregados são:

- Hidróxido de cálcio (PA ou em solução aquosa);
- Óxido de zinco e eugenol, seguido por IRM como selamento provisório;
- Cimentos restauradores definitivos, como fosfato de zinco, policarboxilato ou ionômero de vidro.



3. Protocolo Clínico

1°	Exame clínico e radiográfico inicial para avaliação da profundidade da lesão e condição pulpar;
2°	Anestesia local e isolamento absoluto com dique de borracha;
3°	Remoção cuidadosa do tecido cariado até próximo da polpa, evitando exposição direta;
4°	Aplicação do agente protetor, como hidróxido de cálcio sobre a dentina afetada;
5°	Colocação de sub-base restauradora, como ionômero de vidro ou outro cimento compatível;
6°	Restauração provisória ou definitiva, conforme avaliação do profissional;
7°	Acompanhamento clínico e radiográfico a cada 3 meses.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA - POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

Em protocolos clássicos, recomenda-se a reabertura da cavidade após 40 a 60 dias para remoção do curativo, completa eliminação da cárie e restauração definitiva. Já abordagens modernas tendem a realizar o procedimento em sessão única.

! Atenção

Tanto o capeamento pulpar direto quanto o indireto requerem acompanhamento contínuo. Caso haja suspeita de insucesso, a próxima etapa do tratamento deve ser considerada: a pulpotomia em casos de vitalidade pulpar ou a pulpectomia se houver necrose.

PULPOTOMIA

A pulpotomia é uma técnica conservadora amplamente utilizada em odontopediatria com o objetivo de preservar a polpa radicular de dentes decíduos que ainda apresentam vitalidade, mesmo diante de comprometimento da câmara pulpar.



Ao remover apenas a porção coronária da polpa e manter a polpa radicular íntegra e saudável, essa abordagem permite que o processo fisiológico de reabsorção radicular ocorra naturalmente, garantindo a manutenção do dente na cavidade bucal até sua exfoliação natural.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

1. Indicações

A pulpotomia é indicada em dentes decíduos que:

Não exibem sinais de necrose, reabsorções internas, fístulas ou mobilidade patológica;

Possuem polpa coronária inflamada, mas polpa radicular sadia;

Apresentam exposição pulpar por cárie ou trauma;

Apresentam integridade da lâmina dura radiograficamente.

2. Contraindicações

- Dor espontânea persistente;
- Mobilidade dental aumentada;
- Presença de fístula ou abscesso;
- Reabsorção radicular maior que 2/3 da raiz;
- Sangramento descontrolado após amputação da polpa coronária;
- Dentes que não podem ser restaurados adequadamente;
- Pacientes imunossuprimidos ou não cooperativos.



Antes do procedimento, o diagnóstico preciso é essencial. Deve-se considerar:

- Anamnese detalhada e histórico médico;
- Exame clínico e radiográfico para confirmar a ausência de sinais de pulpite irreversível ou necrose;
- Observação do tecido pulpar exposto: coloração vermelho-viva (rutilante), consistência firme e sangramento que cesse em poucos minutos.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

3. Medicamentos Utilizados

- **Formocresol** (solução de Buckley): composto por formaldeído (19%), cresol (35%), glicerina (15%) e água destilada qsp 100 ml. Atua fixando o tecido pulpar e possui propriedades bactericidas. Pode ser diluído 1:5 (diluição de Morawa) para reduzir toxicidade.
- **Glutaraldeído**: fixador tecidual com ação superficial, menos citotóxico, usado em concentração de 2% a 5% por cerca de 5 minutos.
- **Hidróxido de cálcio**: estimula a formação de dentina reparadora.
- **Pasta Guedes-Pinto**: iodoformio + paramonoclorofenol canforado + rifocort. Apresenta bons resultados clínicos e laboratoriais, com grande poder antisséptico.



TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

4. Protocolo Clínico

1°	Exame clínico e radiográfico inicial para avaliação da profundidade da lesão e condição pulpar;
2°	Anestesia local e isolamento absoluto com dique de borracha;
3°	Remoção de todo o tecido cariado;
4°	Acesso à câmara pulpar e remoção da polpa coronária com curetas afiadas (evita-se uso de brocas para não lesar a polpa radicular);
5°	Irrigação da área com soro fisiológico ou solução aquosa de hidróxido de cálcio;
6°	Controle do sangramento com algodão estéril;
7°	Aplicação do agente medicamentoso sobre o remanescente pulpar (ex: formocresol, Guedes-Pinto, hidróxido de cálcio, glutaraldeído);
8°	Colocação de base restauradora (óxido de zinco e eugenol, IRM, ionômero de vidro);
9°	Restauração definitiva na mesma sessão ou em tempo oportuno.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

PULPECTOMIA

A pulpectomia é uma técnica de tratamento endodôntico que envolve a remoção completa da polpa dental — tanto coronária quanto radicular — com posterior instrumentação, desinfecção e obturação dos canais.



Está indicada para dentes decíduos que apresentem polpa necrótica ou inflamada de forma irreversível, sendo um procedimento fundamental para a manutenção da dentição decídua até o período de esfoliação fisiológica.

1. Indicações

O capeamento pulpar indireto é indicado nos seguintes casos:

Pulpite irreversível (biopulpectomia);

Necrose pulpar (necropulpectomia);

Sangramento abundante após tentativa de pulpotomia;

Pequenas exposições ocorridas durante a remoção de cárie;

Polpa sem consistência ao corte;

Sangramento persistente e escuro, sem controle por hemostasia.



Importante ressaltar que a técnica é contraindicada em dentes com pulpite, mesmo sem exposição pulpar.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

2. Contraindicações

- Reabsorção radicular maior que $1/3$ da raiz;
- Falta de integridade da cripta óssea do germe permanente;
- Impossibilidade de realizar isolamento absoluto;
- Dentes com grande destruição coronária, sem possibilidade de restauração;
- Pacientes com saúde geral comprometida ou não colaborativos;
- Presença de abscessos extensos ou alveólise.

3. Objetivos da Pulpectomia

- Eliminar infecção e inflamação do sistema de canais radiculares;
- Preservar o dente no arco até sua esfoliação natural;
- Prevenir ou tratar alterações periapicais;
- Restaurar a função mastigatória e manter o espaço para dentição permanente.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

4. Técnica de Biopulpectomia (Sessão Única)

1°	Técnica de Biopulpectomia (Sessão Única)
2°	Anestesia local e isolamento absoluto com dique de borracha;
3°	Remoção de todo o tecido cariado;
4°	Acesso à câmara pulpar com broca diamantada esférica.
5°	Desgaste compensatório com broca Endo-Z.
6°	Remoção da polpa coronária com curetas
7°	Irrigação com solução de hipoclorito de sódio 1% (Milton).
8°	Exploração dos canais com sonda exploradora.
9°	Extirpação da polpa radicular com limas tipo Kerr
10°	Instrumentação dos canais
11°	Irrigação com EDTA (3 min) e soro fisiológico.
12°	Secagem com pontas de papel.
13°	Obturação com pasta: hidróxido de cálcio + óxido de zinco (1:1) + propilenoglicol.
14°	Introdução da pasta com lima ou seringa Centrix.
15°	Condensação leve com calcadores.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

4. Técnica de Biopulpectomia (Sessão Única)

16°	Colocação de guta-percha na entrada dos canais.
17°	Selamento coronário com ionômero de vidro.
18°	Radiografia final.
19°	Restauração definitiva em sessão seguinte.
20°	Acompanhamento após 3, 6 e 12 meses

5. Técnica de Necropulpectomia (Duas Sessões)

Primeira Sessão

- Realizar todos os passos até a secagem dos canais.
- Aplicar curativo intracanal: pasta de hidróxido de cálcio e soro fisiológico.
- Selamento com guta-percha e ionômero de vidro.

Segunda Sessão (15–30 dias depois)

- Remoção do curativo com última lima usada.
- Nova instrumentação e irrigação.
- Obturação definitiva como na biopulpectomia.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

6. Materiais Obturadores – Características Ideais

- Reabsorção sincronizada com as raízes;
- Biocompatibilidade;
- Radiopacidade;
- Facilidade de inserção e remoção;
- Estabilidade dimensional;
- Não alterar cor do dente;
- Não induzir inflamação tecidual.

Opções Comuns

- Pasta Guedes-Pinto: iodofórmio, PMCC, rifocort. Boa eficácia, porém possível toxicidade.
- Hidróxido de cálcio + óxido de zinco + propilenoglicol: amplamente usado, boa biocompatibilidade.
- Óxido de zinco e eugenol: reabsorção lenta e potencial irritativo, uso limitado.
- Pastas iodoformadas puras: ação antimicrobiana, mas podem deixar espaços vazios após reabsorção.

6. Evidências Clínicas de Sucesso

- Desaparecimento da dor e fístulas;
- Regressão de edema e mobilidade;
- Reparação de reabsorções ósseas (furca e região apical);
- Manutenção do dente no arco até sua esfoliação.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

APICIFICAÇÃO

A apicificação é um procedimento endodôntico conservador utilizado principalmente em dentes jovens com necrose pulpar e ápice radicular aberto (imatura). É comum que essas condições ocorram após traumas dentários na infância ou adolescência, como luxações ou fraturas que levam à necrose pulpar antes que a formação da raiz esteja completa.

Em casos assim, o desenvolvimento radicular cessa, e o ápice permanece aberto, sem a constrição natural necessária para contenção do material obturador. Isso impede o uso das técnicas convencionais de obturação. Por isso, a apicificação visa a formação artificial de uma barreira apical para permitir o selamento eficaz do canal.



1. Indicações Clínicas

A apicificação é indicada em:

Dentes com lesão periapical associada a ápice aberto;

Dentes permanentes imaturos com polpa necrosada;

Dentes permanentes imaturos com polpa necrosada;

Quando a revascularização não é possível ou indicada.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- **POLPA** em dentes decíduos e permanentes jovens

2. Objetivos da Apicificação

- Estimular a formação de uma barreira mineralizada no ápice radicular;
- Permitir o selamento tridimensional do sistema de canais;
- Promover a cicatrização dos tecidos periapicais;
- Evitar fraturas radiculares por manter a estrutura dentária o máximo possível;
- Preservar o dente na cavidade bucal de forma funcional e estética.

3. Materiais Utilizados na Apicificação

a) *Hidróxido de Cálcio* (Ca(OH)_2)

- Pioneiro na técnica;
- Induz a formação de uma barreira calcificada;
- Ação antimicrobiana e de estimulação tecidual;
- Necessita de várias trocas ao longo de 6 a 24 meses;
- Pode fragilizar a dentina radicular com uso prolongado.

b) *MTA (Mineral Trioxide Aggregate)*

- Alternativa mais recente e eficaz;
- Induz formação rápida de tecido duro apical;
- Alta biocompatibilidade;
- Excelente vedamento apical;
- Reduz significativamente o tempo de tratamento (pode ser feito em 1 a 2 sessões);
- Mais caro que o hidróxido de cálcio.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens



Vantagens da Apicificação com MTA

- Redução do número de consultas;
- Maior previsibilidade de selamento apical;
- Menor risco de contaminação durante o tratamento;
- Boa resposta tecidual periapical;
- Evita fragilidade radicular causada por uso prolongado de Ca(OH)_2 .

4. Passo a Passo Clínico da Apicificação com MTA)

1ª Sessão – Diagnóstico e Desinfecção Inicial

1º	Realizar anamnese detalhada e exames clínico-radiográficos.
2º	Confirmar necrose pulpar e ápice aberto.
3º	Anestesia (se necessário) e isolamento absoluto do dente.
4º	Acesso endodôntico e exploração delicada do canal.
5º	Irrigação abundante com hipoclorito de sódio (1,5 a 2,5%).
6º	Limpeza com movimentos suaves para evitar extrusão de irrigantes.
7º	Limpeza com movimentos suaves para evitar extrusão de irrigantes.
8º	Inserção de medicamento intracanal: pasta de hidróxido de cálcio.
9º	Vedamento provisório com material restaurador (ex: CIV).
10º	Reavaliar em 2 a 4 semanas.

TRATAMENTO DO COMPLEXO DENTINA

- POLPA em dentes decíduos e permanentes jovens

2ª Sessão – Formação da Barreira com MTA

1º	Remoção do curativo intracanal e nova irrigação.
2º	Verificação da ausência de sinais e sintomas clínicos.
3º	Secagem do canal e inserção de MTA na região apical (3–5 mm).
4º	Condensação suave do MTA com plugger ou cone de papel.
5º	Confirmação radiográfica da posição da barreira.
6º	Colocar um cone de algodão úmido e vedar provisoriamente.
7º	Aguardar 24 horas para presa do MTA.

Sessão – Obturação e Restauração Final

1º	Verificar a prisão do MTA (endurecimento completo).
2º	Obturar o restante do canal com gutapercha e cimento endodôntico.
3º	Realizar restauração definitiva (resina composta ou coroa provisória).
4º	Acompanhar com exames clínico-radiográficos periódicos (3, 6, 12 meses).

Considerações Finais

A apicificação é uma técnica fundamental na preservação de dentes permanentes jovens com necrose pulpar. O uso do MTA representa um avanço significativo, permitindo a realização de procedimentos mais rápidos, seguros e com melhores índices de sucesso. Contudo, é essencial uma boa desinfecção do canal e acompanhamento clínico a longo prazo.

TRAUMA EM DENTES DECÍDUOS E PERMANENTES JOVENS

Os traumatismos dentoalveolares representam uma das principais urgências na Odontopediatria. Podem comprometer não apenas a estrutura dentária, mas também os tecidos de suporte, a estética, a função mastigatória e o bem-estar psicológico do paciente infantil (MOREIRA et al., 2023; PAEDIATRIC DENTAL TRAUMA, 2025).

Em dentes decíduos, o trauma assume especial relevância devido à proximidade anatômica com os germes dos dentes permanentes, podendo resultar em sequelas de desenvolvimento. Já nos dentes permanentes jovens, caracterizados por rizogênese incompleta, o manejo clínico adequado é fundamental para preservar a vitalidade pulpar e permitir o desenvolvimento radicular contínuo (ANDREASEN et al., 2011; KRAMER; FELDENS, 2005).

ETIOLOGIA

- Quedas acidentais
- Colisões durante brincadeiras
- Prática esportiva sem proteção
- Acidentes automobilísticos
- Violência ou maus-tratos infantis.

CLASSIFICAÇÃO

- Lesões dos tecidos duros
- lesões dos tecidos de suporte

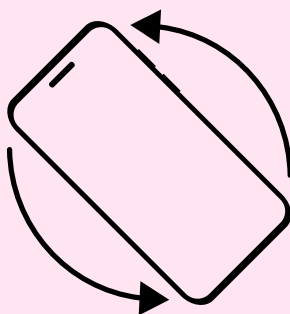
1. Sem comprometiment o pulpar
2. Com comprometiment o pulpar

1. Concussão
2. Subluxação
3. Luxações (extrusiva, lateral e intrusiva)
4. Avulsão dentária





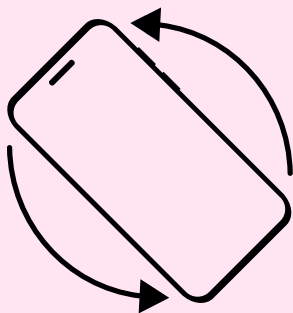
LESÃO DOS TECIDOS DUROS



TIPOS DE LESÃO	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA CLÍNICA
TRINCA DE ESMALTE	Linha de fratura incompleta restrita ao esmalte, sem perda de estrutura dental	Acompanhamento clínico; orientação dos responsáveis; polimento se necessário; controle de sensibilidade
FRATURA RESTRITA DO ESMALTE	Perda de estrutura limitada ao esmalte, sem exposição dentinária	Polimento ou restauração estética conservadora com resina composta; acompanhamento
FRATURA DE ESMALTE E DENTINA SEM EXPOSIÇÃO PULPAR	Envolve esmalte e dentina, com sensibilidade variável	Proteção dentinária imediata; restauração adesiva com resina composta; acompanhamento pulpar
FRATURA CORONÁRIA COM EXPOSIÇÃO PULPAR	Perda coronária com exposição da polpa dental	Decíduos: pulpotomia ou exodontia conforme extensão Permanentes jovens: capeamento pulpar direto ou pulpotomia visando manutenção da vitalidade
FRATURA RADICULAR	Fratura envolvendo dentina, cimento e polpa, podendo ocorrer nos terços cervical, médio ou apical	Decíduos: acompanhamento ou exodontia se houver deslocamento Permanentes jovens: reposicionamento e contenção; acompanhamento clínico e radiográfico



LESÃO DOS TECIDOS MOLES



TIPO DE LESÃO	DEFINIÇÃO	SINAIS E SINTOMAS	RADIOGRAFIA	CONDUITA
Concussão	Trauma no ligamento periodontal sem deslocamento dentário	Sensibilidade à percussão, ausência de mobilidade e deslocamento	Normal	Acompanhamento clínico; evitar sobrecarga; analgesia se necessário
Subluxação	Lesão do ligamento periodontal com mobilidade aumentada, sem deslocamento	Mobilidade aumentada, sangramento no sulco gengival, sensibilidade	Geralmente normal	Acompanhamento; contensão flexível se necessário; higiene rigorosa
Luxação Extrusiva	Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo	Dente alongado, mobilidade acentuada, dor	Aumento do espaço periodontal apical	Reposicionamento cuidadoso; contensão flexível; acompanhamento
Luxação Lateral	Deslocamento do dente para direção palatina, vestibular ou lateral, geralmente com fratura óssea	Dente deslocado e geralmente imobilizado; som metálico à percussão	Espaço periodontal alterado ou ausência em uma das paredes	Reposicionamento; contensão flexível; acompanhamento pulpar
Luxação Intrusiva	Deslocamento do dente para dentro do alvéolo	Deslocamento do dente para dentro do alvéolo	Diminuição ou ausência do espaço periodontal	Conduta expectante (decíduos); reposicionamento
Avulsão Dentária	Deslocamento completo do dente para fora do alvéolo	Dente ausente; sangramento alveolar	Alvéolo vazio	Decíduos: não reimplantar Permanentes jovens: reimplante imediato + contensão

Crianças no geral possuem dificuldades na ingestão de medicamentos, principalmente sólidos. Por isso, em odontopediatria obtém-se por soluções, emulsões, xaropes e suspensões. Além de oferecerem uma resposta terapêutica mais rápida.

ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (AINES)

Medicamentos utilizados para o controle da dor e inflamação. Clinicamente, as dores podem, pelo seu grau de intensidade, atingir graus suave, moderado e grave em um período aproximado de 5 h em crianças. O edema atinge picos máximos nas primeiras 24 a 48 h. A intensidade e a duração dessas sequelas inflamatórias sugerem a importância da supressão do início das reações bioquímicas que determinam a inflamação, e não se deve tentar antagonizar o processo quando ele está estabelecido (ANDRADE, 2014).



São considerados agentes de primeira escolha em casos de dor aguda de intensidade leve a moderada (ANDRADE, 2014; GUEDES-PINTO, 2016).

Quando devo utilizar?

- Casos de dor e inflamação de origem odontogênica
- Analgesia preemptiva para exodontia de decíduos e permanentes.
- Administração regular nos três primeiros dias do pós-operatório de cirurgia bucal.
- Utilizar anti-inflamatório quando houver risco de extensa inflamação.



MEDICAMENTOS	ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA	CONCENTRAÇÃO (PARA CRIANÇAS)
PARACETAMOL (SOLUÇÃO EM GOTAS)	6/6H	1 GOTAS/1 KG (MÁXIMO 20 GOTAS)	200MG/ML
DIPIRONA SÓDICA	6/6H	1 GOTAS/2 KG (MÁXIMO 20 GOTAS)	500MG/ML
IBUPROFENO (SUSPENSÃO)	6/6H	1 GOTAS/ 1 KG	20MG/ML 30MG/ML 50MG/ML* 100MG/ML**

*Para suspensão 50mg/ml - máximo de 40 gotas por dose.

**Para suspensão 100mg/ml - máximo de 20 gotas por dose.



Em caso de dúvida, leia a bula!

ANTIBIÓTICOS

São medicamentos utilizados quando ocorre alguma infecção bacteriana ou de forma profilática. Esses medicamentos paralisam ou eliminam a proliferação das bactérias impedindo o agravamento dos sintomas sistêmicos. A principal forma de apresentação para crianças é na forma de suspensão (pó+líquido) (ANDRADE, 2014; GUEDES-PINTO, 2016).



Os antibióticos devem ser considerados apenas como auxiliares na terapêutica das infecções.

As **penicilinas** são os antibióticos de primeira escolha, porém quando o paciente apresentar alergia a estes medicamentos, a **eritromicina** e a **azitromicina** podem ser prescritas (ANDRADE, 2014).



COMO CALCULAR A DOSAGEM DO ANTIBIÓTICO?

PASSO 1 — VERIFIQUE O PESO DA CRIANÇA

O PESO DEVE SER ATUAL E EM QUILOGRAMAS (KG).
EXEMPLO: CRIANÇA COM 20 KG

PASSO 2 — CONSULTE A DOSE RECOMENDADA DO ANTIBIÓTICO CADA ANTIBIÓTICO TEM UMA DOSE PADRÃO EM MG/KG/DIA.

AMOXICILINA

20 A 50 MG/KG/DIA, DIVIDIDOS EM 2 OU 3 TOMADAS

(NA ODONTOPEDIATRIA, FREQUENTEMENTE USA-SE 40 MG/KG/DIA)

PASSO 3 — CALCULE A DOSE TOTAL DIÁRIA

FÓRMULA:

PESO DA CRIANÇA (KG) × DOSE (MG/KG/DIA) = DOSE TOTAL DIÁRIA (MG)

EXEMPLO:

$20 \text{ KG} \times 40 \text{ MG} = 800 \text{ MG/DIA}$

PASSO 4 — DIVIDA A DOSE PELO NÚMERO DE TOMADAS

DEPENDE DO INTERVALO DO ANTIBIÓTICO (8H, 12H, ETC.).

SE FOR A CADA 8 HORAS (3X AO DIA):

$800 \text{ MG} \div 3 \approx 266 \text{ MG POR DOSE}$

PASSO 5 — AJUSTE À APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO

OS ANTIBIÓTICOS PEDIÁTRICOS GERALMENTE VÊM EM SUSPENSÃO ORAL, POR
EXEMPLO:

AMOXICILINA 250 MG/5 ML

AMOXICILINA 500 MG/5 ML

SUPONDO 250 MG/5 ML:

$250 \text{ MG} \curvearrowright 5 \text{ ML}$

$266 \text{ MG} \curvearrowright X \text{ ML}$

$X \approx 5,3 \text{ ML POR DOSE}$

PRESCRIÇÃO PRÁTICA: 5 ML (OU 5,5 ML CONFORME ARREDONDAMENTO
SEGURO)

⚠️ Cuidados Importantes na Odontopediatria ⚠️

Nunca ultrapassar a dose máxima diária do antibiótico

Ajustar intervalo conforme idade e função renal

Confirmar alergias (especialmente à penicilina)

Orientar os responsáveis sobre:

horário correto

tempo total do tratamento

uso da seringa dosadora



PRÓTESE

em odontopediatria

Principal objetivo: Reabilitar função e estética em decorrência de perdas precoces (GUEDES-PINTO, 2016).

Mastigação
Estética
Fonação
Bem estar
psicológico Auto estima

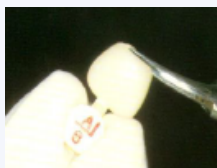
1. Fatores a serem considerados na indicação e planejamento das próteses

Exame Clínico
Controle do meio biológico
Oclusão Exame Clínico
Modelos de Estudo Tipo de dentição
Exame radiográfico Panorâmica
Idade dental Exame clínico e Radiográfico
Integridade Pulpal
Habilidade Profissional



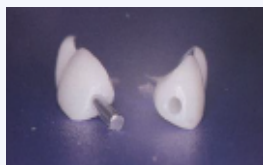
2. Tipos de Prótese em Odontopediatria

Coroas de aço Coroas de policarbonato Prótese Removível



Prótese Total

Prótese pelo sistema tubo barra



2.1 Coroas de aço

INDICAÇÕES

Restaurações após pulpotomias

Em casos de cárie rampantes

Restaurações de dentes decíduos com extensa lesão cariosa

Restauração de dentes decíduos hipoplásicos

Dentes com anomalias hereditárias

Casos de perda da dimensão vertical por bruxismo

Dentes anquilosados

Restauração provisória em primeiros molares permanentes

TÉCNICA

Medição do dente

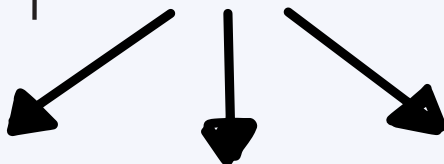
> Medimos o diâmetro mésio distal do dente, na altura do ponto de contato no modelo ou paciente.

Seleção da Coroa

> Selecciona-se e Separam-se duas outras coroas de tamanhos diferentes da selecionada

> Análise da oclusão do paciente

> PREPARO DO DENTE:



1. Remoção do tecido cariado
2. Redução da superfície oclusal de 1 a 1,5 mm
3. Desgastes proximais (M e D) Desgaste lingual ou vestibular
4. Limite do preparo na altura colo 1 mm
5. Testar a oclusão ; Ajuste ; Cimentação; Recomendação ao paciente

2.2 Hall Technique

É uma abordagem minimamente invasiva que utiliza coroa de aço para tratar molares decíduos cariados. A Técnica de Hall parte do princípio do isolamento de lesões de cárie do meio bucal e consequentemente do acúmulo de biofilme (INNES et al., 2011; GUEDES-PINTO, 2016).

INDICAÇÕES

- > Molares Decíduos Assintomáticos com cárie interproximal ou em múltiplas superfícies cavidadas ou não / ativas ou inativas.
- > Lesões de cárie oclusal assintomática em pacientes que não aceitam uma restauração convencional
- > Molares decíduos hipoplásicos
- > Crianças ansiosas e com Transtornos de comportamento
- > Sem sinais clínicos de abscesso

As contra Indicações são: sintomas de Pulpite Irreversível
sinais radiográficos de envolvimento pulpar / lesão,
ausência de uma faixa de dentina definida visível radiograficamente entre a lesão e a polpa, ausência de tecido sadio suficiente para reter a coroa, paciente não colabora, correndo risco de aspiração / deglutição da coroa de aço

TÉCNICA

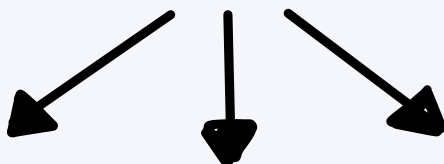
- > Explicação do procedimento para a criança
- > Sem anestesia
- > Escolha do tamanho da coroa (o menor número que encaixasse no dente)
- > Elástico de separação colocado nas > interproximais uma noite antes do procedimento
- > Remoção dos elásticos e da placa bacteriana acumulada
- > Cimentação da coroa com ionômero de vidro para cimentação e pedindo pra criança morder rolinho de algodão

2.3 Coroas/ Matriz de acetato

INDICAÇÕES

- Restaurações de dentes decíduos com extensa lesão cariosa
- Dentes com coroas muito destruídas
- Restauração de dentes decíduos e permanentes hipoplásicos
- Dentes com anomalias hereditárias (dentinogênese e amelogênese imperfeitas).
- Restaurações após pulpotomia/pulpectomia dos dentes decíduos, os quais ocorrem o perigo de fratura da estrutura coronária remanescente

TÉCNICA



1. Seleção da Coroa e Escolha da cor da resina
2. Anestesia local
3. Isolamento absoluto, sempre que possível
4. Seleção da matriz compatível com o dente a ser reconstruído
5. Recorte cervical
6. Condicionamento ácido do remanescente dentário e aplicação do sistema adesivo na estrutura dentária
7. Confeção de um pequeno orifício na face palatina extravasamento para excesso de material restaurado
8. Preenchimento da matriz com resina composta na cor selecionada e levada em posição
9. Remover os excessos cervicais da resina composta
10. Fotopolimerização da resina composta
11. Remoção cuidadosa da matriz com a ponta da sonda exploradora
12. Ajuste dos contatos oclusais e remoção dos possíveis excessos

2.4 Prótese Parcial Removível



Deve manter o espaço para erupção dos permanentes sucessores, não deve interferir no processo de desenvolvimento de dentes e arcos, deve impedir extrusão do dente antagonista, deve proporcionar boa função (fonação e estética), deve permitir fácil limpeza e deve restaurar contornos labiais (NAGAZAKI et al., 2000, p. 345).

INDICAÇÕES

- > Perda precoce de dentes decíduos com posterior erupção maior que 6 meses.
- > Perdas de dentes permanentes; Casos de anodontias (pré molares).

TÉCNICA

- > Moldagem:
- > Seleção das moldeiras infantis: (recobrir suas bordas com cera)
- > Material de moldagem: alginato
- > Molda se primeiro o arco inferior e posteriormente o superior
- > Lava se a moldagem
- > Vaza se com gesso pedra Modelo de trabalho
- > Confecção do aparelho (fase laboratorial).

2.5 Prótese Total

Indicada quando há perdas totais dos dentes por razões diversas. Opta-se pela PT por questões mastigatórias, fonéticas, estéticas e emocional da criança (GUEDES-PINTO, 2016; NAGAZAKI et al., 2000).

TÉCNICA

- > Moldagem
- > Seleção das moldeiras infantis
- > Recobrimento das bordas das moldeiras com cera utilidade
- > 1ª Moldagem: Alginato
- > Vaza se o modelo de estudo com gesso pedra
- Construção da moldeira individual com resina acrílica quimicamente ativada

TÉCNICA

- > 2ª. Moldagem: Pasta zinco enólica
- > Vaza se a moldagem com gesso especial modelo de trabalho
- > Construção da prótese Fase Laboratorial

2.6 Prótese pelo Sistema Tubo Barra Cursor

Consiste num sistema onde os dentes adjacentes ao espaço protético receberão coroas permitindo que o dente artificial acompanhe a migração fisiológica dos dentes pilares, garantindo a manutenção do perímetro do arco (GUEDES-PINTO, 2016, p. 580).

INDICAÇÕES

- > Crianças com baixa faixa etária e que não permitam o uso de aparelhos removíveis
- > Dentes adjacentes estejam comprometidos por cáries extensas
- > Perda precoce por traumatismos
- > Perda precoce por consequência de cárie dentária

TÉCNICA

-
- > Na coroa de um dos dentes fixa se um fio ortodôntico (1 a 1,5mm)
 - > Na outra coroa teremos o elemento suspenso com um orifício onde o fio penetrará (encaixe macho fêmea)
 - > O dente suporte pode ou não receber preparo antes da confecção da prótese
 - > A cimentação deverá ocorrer com o sistema de encaixe em posição, com fosfato de Zinco; Cimento de Ionômero de Vidro; Cimento Dual

"O sistema de encaixe proporciona uma abertura conforme ocorre o crescimento da maxila em lateralidade"

2.7 Prótese Adesiva

A prótese dentária adesiva é uma forma de repor um dente perdido. A grande característica dessa prótese é que ela é presa nos dentes vizinhos por meio de aletas metálicas e adesivo odontológico (GUEDES-PINTO, 2016; TOLEDO, 2012).



Vantagens e Cuidados

Vantagem: É uma prótese fixa, o que gera maior conforto e aceitação pela criança do que uma prótese removível.

Cuidado: Como a criança está em crescimento, as aletas devem ser planejadas para não "travar" a movimentação fisiológica. Frequentemente, a aleta é colada apenas em um dos dentes vizinhos (prótese adesiva tipo cantilever) para permitir o crescimento do arco sem restrições.

MAUS-TRATOS INFANTOJUVENIS

Conceito, tipos de abuso, o papel do cirurgião-dentista

Os maus-tratos infantojuvenis representam um problema de grandes proporções e impacto social, presente em diferentes contextos e realidades. Na área da odontopediatria, o cuidado com o paciente deve ser redobrado. Profissionais que atuam com crianças e adolescentes têm um papel fundamental na identificação precoce de indícios de violência ou negligência.

Este capítulo abordará os maus-tratos infantojuvenis em Odontopediatria, destacando o papel do cirurgião-dentista frente a essa importante temática. Serão discutidas os tipos de abuso, as formas de identificação de sinais físicos e comportamentais de violência, negligência e abuso, bem como a responsabilidade ética e legal do profissional em relatar suspeitas às autoridades competentes.



Conceito



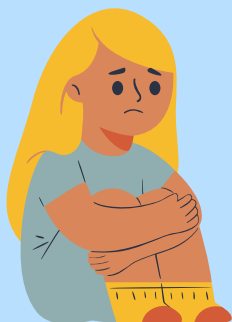
Maus-tratos infantis são abusos e negligências sofridos por crianças menores de 18 anos. Trata-se de um problema global com consequências sérias e duradouras para a vida da criança, afetando sua saúde, desenvolvimento e bem-estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Tipos de Abuso

A Organização Mundial da Saúde identifica quatro formas principais de maus-tratos infantis: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência. Cada uma dessas formas de violência compromete o desenvolvimento saudável da criança.

1. Abuso físico

São lesões intencionais, com ou sem consequências visíveis, provocadas por seu responsável ou com sua permissão. Envolve ações como bater, espancar, chutar, sacudir, morder, estrangular, causar queimaduras, envenenar ou sufocar a criança



2. Abuso sexual

O abuso sexual contra crianças consiste em envolver o menor, de forma forçada ou manipulada, em comportamentos ou atos de natureza sexual.



Abusos dessa natureza ocorrem com maior frequência dentro do próprio núcleo familiar.

3. Abuso emocional

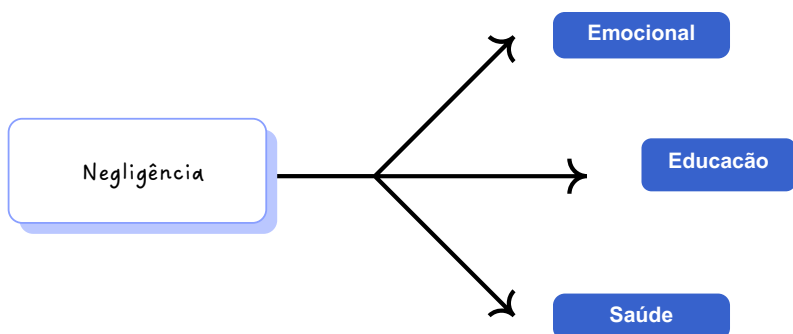
A violência psicológica é caracterizada por agressões emocionais constantes e repetitivas que comprometem o desenvolvimento integral da criança ou do adolescente. Por não deixar marcas visíveis, como ocorre nos abusos físico e sexual, essa forma de violência costuma receber menos atenção e ser subnotificada. Ela se manifesta por meio de comportamentos hostis por parte dos cuidadores, como o desprezo, a humilhação ou a indiferença, gerando no infante sentimentos de rejeição, insegurança e desvalorização.



4. Negligência

A negligência é caracterizada pela omissão no cuidado, manifestando-se quando pais ou responsáveis deixam de atender às necessidades básicas da criança. Diferente do abuso, ela geralmente ocorre sem a intenção de causar dano, sendo muitas vezes fruto da incapacidade, deliberada ou não, dos pais/ responsáveis.

A negligência pode ser dividida em diferentes áreas:



Papel do cirurgião-dentista

O papel do cirurgião-dentista na identificação e notificação de maus-tratos infantojuvenis é fundamental e obrigatório por lei. Estatisticamente, cerca de 50% a 70% das lesões físicas decorrentes de agressão ocorrem na região de cabeça, face e pescoço, o que coloca o dentista na linha de frente do diagnóstico (BRASIL, 1990; CFO, 2012).

O cirurgião-dentista deve estar atento a indicadores físicos e comportamentais durante a consulta



Sinais Físicos Comuns: Hematomas em diferentes estágios de cicatrização, lacerações no freio labial (comum em alimentação forçada), queimaduras por cigarro, fraturas dentárias sem explicação compatível e higiene negligenciada de forma severa.

Comportamento: Crianças extremamente retraídas, com medo do contato físico ou, inversamente, excessivamente agressivas, além de pais que demonstram respostas contraditórias sobre a origem das lesões.



Código de Ética Odontológica (Art. 5º):

Constitui dever fundamental "zelar pela saúde e pela dignidade do paciente", além de "notificar às autoridades competentes casos de crueldade contra crianças".

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Art. 13):

Estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras medidas legais.



Como realizar a Notificação?

Sigilo

Para preservar sua segurança e a do paciente



Documentação

Registrar tudo no prontuário: fotos (com autorização), descrição detalhada das lesões (tamanho, cor, localização) e o relato da criança/responsável entre aspas



Para quem notificar:

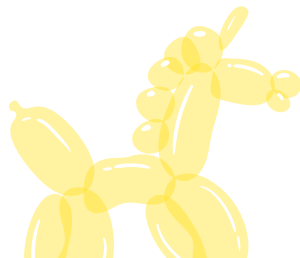
Primeiramente ao Conselho Tutelar. Na ausência deste, ao Juizado da Infância e Juventude ou ao Ministério Público.



REFERÊNCIAS



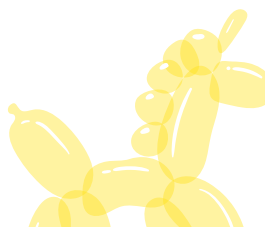
- ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria). Guia de Higiene Bucal na Primeira Infância. São Paulo: ABOPED, 2023.
- ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria). Manual de Referência: Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Reference Manual, v. 42, n. 4, p. 292-310, 2020.
- ANDRADE, E. D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- ANDREASEN, J. O. et al. Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H. Periodontia Clínica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- CAVALCANTI, A. L. Maus-tratos infantis: o papel do dentista no diagnóstico e notificação. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 14, n. 1, p. 55-62, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Código de Ética Odontológica. Resolução CFO-118/2012. Rio de Janeiro: CFO, 2012.
- CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na Primeira Infância. 4. ed. São Paulo: Santos, 2017.
- FEJERSKOV, O.; NYVAD, B.; KIDD, E. Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



REFERÊNCIAS



- GUEDES-PINTO, A. C.; BONECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. Odontopediatria. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.
- INNES, N. P. et al. The Hall Technique: a randomized control clinical trial of a novel method of managing carious primary molars in general practice: 5-year results. *British Dental Journal*, v. 211, n. 6, p. E12, 2011.
- KATCHBURIAN, E.; ARANA-CHAVEZ, V. *Histologia e Embriologia Oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- LUNTI, C. A. et al. Molar Incisor Hypomineralization: a review of the EAPD criteria. *European Archives of Paediatric Dentistry*, v. 11, n. 2, p. 75-81, 2010.
- MARTINELLI, R. L. C. Protocolo de avaliação do freio da língua com escores para bebês. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.
- MCDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- MOYERS, R. E. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- NAGAZAKI, M. S. et al. Reabilitação protética em Odontopediatria. In: FELLER, C.; GORAB, R. *Atualização na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- PINKHAM, J. R. et al. *Odontopediatria: da infância à adolescência*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- PITTS, N. B. et al. Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2017.
- RIZZOLLO, B. et al. Remoção seletiva de tecido cariado em dentes decíduos e permanentes: uma revisão de literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 47, n. 4, p. 244-252, 2018.



REFERÊNCIAS



SCHWENDICKE, F. et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Advances in Dental Research*, v. 28, n. 2, p. 58-67, 2016.

SOUZA, S. J. et al. Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes: revisão. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 2, p. 230-237, 2010.

SUNDFELD, R. H. et al. Microabrasão do esmalte dental: detalhes técnicos e clínicos. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 71, n. 1, p. 60-65, 2014.

TOLEDO, O. A. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 4. ed. São Paulo: Premier, 2012.

VONO, B. G. et al. *Atlas de Morfologia dos Dentes Decíduos*. São Paulo: Santos, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child maltreatment. World Health Organization: Fact sheets, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

Acesso em: 13 jan. 2026.

