



Protocolo de Atenção à Saúde

ODONTOPEDIATRIA

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Publicações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Ministério da Saúde (MS), International Association of Pediatric Dentistry (IAPD), Medline, Pubmed, Scielo e livros.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Criança, Saúde Bucal na Infância e Odontopediatria.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Consideraram-se as publicações do período de 1990 a 2021.

Foram consultados para a elaboração desse protocolo: 37 artigos, 10 livros, 1 publicação do CFO, o ECA, protocolos, notas técnicas da SES-DF e Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal, 04 documentos do MS e a Declaração de Bangkok da IAPD.

2- Introdução

A resolução do CFO - 185/93, de 26 de abril de 1993 define a Odontopediatria como especialidade da Odontologia "(...) que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal da criança, a educação para saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros

profissionais da área de saúde”.¹

Nesse contexto, é importante conhecer a definição de criança, que segundo o ECA, “Considera-se criança, (...), a pessoa até doze anos de idade incompletos (...)”.²

O atendimento desse grupo etário na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal é abrangente, acontece em todos os níveis de atenção à saúde - primária, secundária e terciária. (Linha Guia, PNSB e Saúde Bucal no SUS).^{3,4,5}

3- Justificativa

O objetivo desse protocolo é padronizar a ação dos profissionais de saúde bucal para o atendimento desses usuários. O Ministério da Saúde enfatiza que essas ações devem ser voltadas para a promoção, a prevenção e a proteção da saúde bucal das crianças, com a identificação e o tratamento dos agravos.^{4,5}

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Códigos CID-10 mais usados em Odontopediatria.

Exames / Consultas

- Z00.1 Exame de rotina de saúde da criança
- Z01.2 Exame dentário
- Z71.2 Pessoa que consulta explicação para achados de exame
- Z76.3 Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente
- Z54.0 Convalescença após cirurgia

Cárie Dentária

- K02 Cárie dentária
- K02.0 Cárie limitada ao esmalte
- K02.1 Cárie de dentina

Doenças da Polpa e Periápice

- K04.0 Pulpite
- K04.1 Necrose da Polpa
- K04.6 Abscesso periapical com fístula
- K04.7 Abscesso periapical sem fístula
- K12.2 Celulite e abscesso da boca

Doenças Periodontais

- K05.0 Gengivite aguda
- K05.1 Gengivite crônica
- K05.2 Periodontite aguda
- K05.3 Periodontite crônica

Lesões / Trauma

- K06.0 Retração gengival
- K06.1 Hiperplasia gengival
- K13.1 Mordedura da mucosa das bochechas e dos lábios
- S01.5 Ferimentos dos lábios e da cavidade oral
- S02.5 Fratura de dentes
- S03.2 Luxação dentária

Distúrbios de Oclusão / Cirurgia

- K07 Anomalias dentofaciais
- K00.6 Distúrbio da erupção dentária
- K00.1 Dentes supranumerários
- K07.6 Transtornos da ATM
- F45.8 Outros transtornos somatoformes (bruxismo)
- K08.1 Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas
- K01 Dentes inclusos e impactados

Alterações de Estrutura Dentária

- K00.2 Anomalias dentofaciais
- K00.3 Dentes manchados
- K03.1 Abrasão
- K03.2 Erosão dentária
- K03.5 Anquilose

Alterações Glândulas Salivares

- K11.6 Mucocele de glândula salivar
- K11.7 Alterações de salivação

Alterações de Tecidos Moles

- B00.1 Herpes simples labial
- B00.2 Gengivoestomatite herpética
- B37.0 Candidíase oral

- K09.0 Cistos Odontogênicos de desenvolvimento
- K12.0 Aftas
- K14 Doenças da língua
- K14.1 Língua Geográfica
- Q38.1 Anquiloglossia

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico clínico é realizado pelo cirurgião dentista por meio de exame clínico, anamnese e exame físico intra e extra-oral. A avaliação odontológica da criança deve englobar as condições dos tecidos moles, dentes e oclusão, assim como a capacidade de cooperação da mesma.⁷ Havendo a necessidade de exames complementares, faz-se o encaminhamento via Sistema de Regulação. (Nota Técnica SEI-GDF n.º 5/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO, versa sobre Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Radiologia Odontológica, data de acesso 11/08/2021, <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/11/Radiologia.pdf>).

5.1 Cárie Dentária

“Cárie dentária é uma doença dinâmica multifatorial, determinada pelo consumo de açúcar e mediada por biofilme, que resulta do desequilíbrio entre os processos de des e remineralização dos tecidos duros dentários. Cárie dentária é determinada por fatores **biológicos**, **comportamentais** e **psicossociais**, relacionados ao meio do indivíduo”.⁹

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a doença cárie é uma doença crônica não transmissível, distribuída de forma irregular na população, que impacta na qualidade de vida dos indivíduos, ocasionando dor, desconforto, comprometendo as atividades diárias e a estabilidade emocional. Assim, é uma doença condicionada ao estilo de vida, podendo ocorrer a qualquer tempo, caso haja um desequilíbrio nos fatores envolvidos, como a dieta e a higiene bucal.¹⁰

Em se tratando da Cárie na Primeira Infância, tem-se como definição clínica “presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavitada ou não cavitada), perdidas ou restauradas (devido à cárie), em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade”.⁹

Para a clínica diária e para os exames com finalidade epidemiológica, utiliza-se uma ferramenta de avaliação das lesões de cárie e seu tratamento. Nesse contexto, sugere-se a utilização do instrumento CAST – Caries Assessment Sprectrum and Treatment.³

5.2 Doença Periodontal

Pode ser classificada em gengivite e periodontite, ambas têm como etiologia primária a placa bacteriana. A **gengivite** decorre da ação microbiana que resulta em uma inflamação gengival. Já a **periodontite** leva à destruição dos tecidos de sustentação do dente.⁷

Ainda, tem-se a **hiperplasia gengival** medicamentosa comumente associada a três classes de drogas – anticonvulsivantes, imunossupressores e bloqueadores dos canais de cálcio.¹¹

5.3 Defeitos do desenvolvimento dentário

5.3.1 Defeitos do desenvolvimento do esmalte

Os defeitos de desenvolvimento de esmalte podem ocorrer devido a condições genéticas, sistêmicas e locais. Geralmente, apresentam-se como hipoplasia, hipomaturação/opacidade ou hipomineralização.¹²

Clinicamente, os dentes com alteração no esmalte apresentam alteração de cor, sensibilidade dentária e maior suscetibilidade à ocorrência de lesão de cárie. Fraturas pós eruptiva, desgastes e erosão ocorrem com frequência, associados a esses dentes devido ao acúmulo de placa e fragilidade dos tecidos.¹²

O diagnóstico precoce, cuidados preventivos efetivos, acompanhamento e monitorização frequentes são passos importantes no intuito de promover a melhora da estética e função. Caso sejam detectados defeitos em grau e progressão maior, faz-se necessário o tratamento restaurador.¹²

Em relação à etiologia dos defeitos de esmalte, estudos mostram que fatores como trauma e infecções nos dentes decíduos, trauma ao nascer, parto cesariana, parto prolongado, parto prematuro, baixo peso ao nascer, hipóxia, hipocalcemia, doenças sistêmicas, infecções (infecção do trato respiratório, amigdalite, asma, infecção urinária), febre alta, distúrbios nutricionais, distúrbios metabólicos e bioquímicos, radiação e também efeitos epigenéticos podem estar relacionados.^{12,13}

5.3.1.1 Opacidade de Esmalte

É um defeito qualitativo do esmalte. A ocorrência está relacionada a distúrbios que interferem na calcificação e maturação do esmalte, acarretando mudanças na translucidez do esmalte. As opacidades podem

ser difusas ou demarcadas, com coloração variando entre branca, amarela ou marrom.¹⁴

5.3.1.2 Hipoplasia de Esmalte

É um defeito quantitativo do esmalte que ocorre em decorrência da formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte. Clinicamente, aparecem com pontos ou ranhuras no esmalte que se apresentam rugosas à sondagem.¹⁴

5.3.1.3 Hipomineralização Molar Incisivo

É considerada uma condição de origem sistêmica, que acomete os primeiros molares permanentes, podendo ou não afetar os incisivos permanentes.¹⁵

Clinicamente, é caracterizada por opacidades assimétricas e bem demarcadas que apresentam coloração que variam de branco/creme a amarelo/marrom. Devido à natureza hipocalcificada do esmalte, fraturas pós-eruptivas do esmalte podem estar associadas aos defeitos.¹⁶ Foi reportado que as opacidades mais escuras, por apresentarem uma menor quantidade de minerais, apresentam maiores chances de fratura pós-eruptiva.¹⁷

5.3.1.4 Fluorose

É uma intoxicação crônica causada pela ingestão frequente do flúor. “A fluorose dentária é uma hipomineralização caracterizada pelo aumento de porosidade do esmalte, resultante da intoxicação na fase inicial da mineralização. Tem distribuição simétrica na dentição, ou seja, acomete dentes homólogos, que se desenvolvem no mesmo período”.⁷

Clinicamente o esmalte apresenta desde estrias horizontais esbranquiçadas e/ou áreas brancas nas pontas de cúspides, até manchas acastanhadas com perdas de estrutura dentária. Cabe ressaltar que o dente que apresenta fluorose não é mais suscetível e nem mais resistente à desmineralização.¹⁸

5.3.1.5 Amelogênese Imperfeita

É uma doença hereditária rara que afeta o esmalte dos dentes decíduos e permanentes. A apresentação clínica é heterogênea e variada entre os pacientes. O esmalte pode ser modificado em sua microestrutura

ou no grau de mineralização. Os sinais clínicos podem ser divididos em 3 tipos: hipoplásico (defeito na formação da matriz do esmalte, fino e com presença de sulcos e fossas); hipomineralizado (defeito na mineralização do esmalte, descolorido e com menor consistência); e hipomaturado (defeito na maturação do esmalte, manchamento opaco). Outras anomalias dentais podem estar associadas: taurodontismo, calcificação pulpar, atraso na erupção, mordida aberta anterior ou anomalias craniofaciais. As principais queixas são: estética, dor e fratura dentária.¹⁹

5.3.2 Defeitos do desenvolvimento da dentina

5.3.2.1 Dentinogênese imperfeita

É o tipo mais comum de defeito que acomete a dentina, afetando ambas as dentições.

Devido à redução de suporte de dentina causada pelo defeito, o esmalte pode ser perdido precocemente. Os dentes afetados apresentam variação de cor, com aspecto opalescente ou translúcido e obliteração progressiva da polpa em graus variados. É caracterizada por severa hipomineralização da dentina e alterações estruturais.¹²

É classificada em 3 tipos:

- Tipo I - associada com a osteogênese imperfeita
- Tipo II - é uma condição autossômica dominante, apenas os dentes são afetados. É o tipo mais comum delas, mas ainda raro
- Tipo III - causada pela mutação do mesmo gene do tipo II. Tem maior variação de descoloração e morfologia dos dentes (dentes em concha - pelo grande volume da polpa coronária)¹²

5.4 Alterações dos tecidos moles

5.4.1 Anquiloglossia

O freio lingual é uma estrutura anatômica, que exerce papel importante em diversas funções do sistema estomatognático como: alimentação, fala e sucção. A anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento congênita, caracterizada por uma alteração no freio lingual, que pode ser parcial ou total (freio lingual curto), implicando em limitação dos movimentos da língua.^{20,21}

5.4.2 Cistos de erupção (hematoma de erupção)

É um discreto aumento de volume, de consistência amolecida na mucosa gengival circundante de um dente decíduo ou permanente em erupção. O cisto frequentemente é translúcido, embora possa ter uma coloração azulada ou marrom-arroxeadada, ocasionada por traumas locais que geram um acúmulo de sangue na parte interna deste. Nestes casos, é comumente denominado hematoma de erupção.^{20,22}

5.4.3 Nódulos de Bohn

São pequenos cistos de desenvolvimento que aparecem ao longo do rebordo alveolar do bebê e nos palatos duro e mole, longe da rafe palatina mediana.²⁰

5.4.4 Pérolas de Epstein

São pequenos cistos de desenvolvimento localizados ao longo da rafe palatina mediana.^{20,22}

5.4.5 Lesões por mordedura ou mastigação acidental

São lesões traumáticas que podem estar associadas à anestesia local. Um cuidado especial deve ser tomado com as crianças, que diante da sensação da anestesia, podem acabar mordendo os tecidos moles da boca (língua, lábios e bochechas), involuntariamente ou por curiosidade.^{7,20}

5.4.6 Lesão de Riga-Fede

É uma lesão traumática e ulcerada na língua, habitualmente associada a dentes natais e neonatais.²³

5.4.7 Aftas recorrentes

A estomatite aftosa recorrente ou ulceração aftosa recorrente é uma afecção comum na mucosa bucal, que se caracteriza pelo aparecimento de lesões ulceradas em qualquer região da mucosa oral. Sua etiologia não é bem definida, mas acredita-se que diferentes subtipos de pacientes possam ter diversas causas para o aparecimento das lesões.²⁰

5.4.8 Gengivoestomatite herpética primária

Doença gengival causada pelo vírus herpes simples. Afeta essencialmente crianças, em média, até os seis anos de idade e é transmitida

a partir do contato direto com as lesões de pessoas infectadas. Caracteriza-se pela presença de vesículas bolhosas, que evoluem para úlceras que cicatrizam espontaneamente entre 10 e 14 dias, sem deixar cicatrizes. Essas manifestações podem aparecer nos lábios, gengiva e palato.^{24,25}

5.4.9 Candidíase

É a mais relevante infecção fúngica encontrada na cavidade oral humana, afetando principalmente a língua, o palato e a mucosa jugal. É uma infecção oportunista, havendo uma relação direta entre ela e a criança com o sistema imunológico debilitado.^{26,27,28,29}

5.4.10 Mucocele

É um fenômeno de retenção ou extravasamento de muco, ocasionado por trauma no ducto excretor das glândulas salivares menores. Ocorre predominantemente no lábio inferior, seguido por assoalho bucal, mucosa jugal e língua. Quando ocorre no assoalho bucal é denominado rânula.⁷

5.5 Alterações pulpares

5.5.1 Pulpite Reversível

Processo inflamatório do tecido pulpar como defesa a uma agressão física, química ou bacteriana. Apresenta dor provocada e clinicamente pode-se observar lesões de cárie ou fraturas de esmalte e dentina. Não há alterações no exame radiográfico. Controlada com a remoção do agente agressor.³⁰

5.5.2 Pulpite Irreversível

Processo onde o tecido pulpar não tem mais condições de se recuperar e voltar ao estado de saúde, mesmo com a remoção do agente agressor. Apresenta dor espontânea, intensa e pulsátil. Não responde ao uso de analgésicos. Pode-se observar espessamento periodontal ao exame radiográfico.³⁰

5.5.3 Pulpite Crônica Hiperplásica

Tem como sinal clínico a presença de lesão de cárie profunda e pólipos pulpar, sendo normalmente assintomática. O paciente pode relatar desconforto à mastigação e/ou sangramento decorrente de trauma mecânico.

Radiograficamente, observa-se comunicação entre o tecido pulpar e o meio bucal.³⁰

5.5.4 Necrose Pulpar

Perda estrutural do tecido pulpar, invasão e multiplicação de bactérias para os canais radiculares e periápice dentário. Pode ocorrer como seqüela de lesões traumáticas. Radiograficamente, pode-se ou não observar lesão periapical.^{30,31}

5.5.4.1 Abscesso dentoalveolar agudo

Decorrente da necrose pulpar, caracteriza-se por dor intensa, localizada e espontânea. O paciente pode referir sensação de pressão e latejamento e o dente pode apresentar mobilidade. Na evolução, há edema no rosto, normalmente há febre e mal-estar generalizado.³⁰

5.5.4.2 Abscesso dentoalveolar crônico

Normalmente não há sintomatologia. Pode haver fístula e ,ao exame radiográfico, rarefação óssea, reabsorção patológica irregular das raízes e comprometimento do assoalho.³⁰

CASOS DE CELULITE E ANGINA DE LUDWIG – VIDE PROTOCOLO DE URGÊNCIA (Protocolo de Atenção à Saúde Urgências Odontológicas, Portaria SES-DF Nº 342 de 29 de junho de 2017, publicada no DODF Nº 124 de 30 de junho de 2017, acessado dia 11/08/2021,https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/13.-Urgencias_Odontologicas.pdf

5.6 Traumatismo em dentes decíduos

“Traumas na cavidade bucal ocorrem com frequência e compreendem 5% de todas as lesões para as quais as pessoas procuram tratamento. Em crianças pré-escolares, lesões de cabeça e face somam 40% de todas as lesões somáticas”.³²

Os traumas dentários compreendem danos externos que podem afetar tecidos mineralizados ou de sustentação dos dentes, que repercutem na qualidade de vida da criança e do adolescente.³²

CONDIÇÃO CLÍNICA	ACHADOS CLÍNICOS	ACHADOS RADIOGRÁFICOS
FRATURA DE ESMALTE	<ul style="list-style-type: none">• Fratura envolvendo esmalte	<ul style="list-style-type: none">• Sem anormalidades radiográficas

FRATURA DE ESMALTE E DENTINA	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura envolvendo esmalte e dentina sem exposição pulpar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem anormalidades radiográficas • A relação entre a fratura e a câmara pulpar deve ser analisada
FRATURA CORONÁRIA COM EXPOSIÇÃO PULPAR	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura envolvendo esmalte e dentina com exposição pulpar 	<ul style="list-style-type: none"> • O estágio de desenvolvimento radicular pode ser analisado radiograficamente
FRATURA CORONO-RADICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura envolvendo esmalte, dentina e estrutura radicular • A polpa pode ou não estar exposta • Achados adicionais podem incluir desprendimento de fragmento dentário, ainda em posição • O deslocamento dentário pode ser mínimo ou moderado 	<ul style="list-style-type: none"> • Em fraturas posicionadas lateralmente, a extensão em relação à margem gengival pode ser observada • Verificar radiograficamente a existência de fragmentos
FRATURA RADICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • O fragmento coronário pode estar com mobilidade ou deslocado 	<ul style="list-style-type: none"> • A fratura geralmente é localizada no terço médio ou apical da raiz
FRATURA ALVEOLAR	<ul style="list-style-type: none"> • A fratura envolve o osso alveolar e pode se estender ao osso adjacente • Comumente pode-se verificar a mobilidade e deslocamento do segmento • Frequentemente nota-se interferência oclusal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser verificado radiograficamente a linha de fratura horizontal e a relação entre as duas dentições, mostrando se o segmento está deslocado em direção vestibular
CONCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade à percussão • Mobilidade normal e ausência de sangramento via sulco gengival 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem anormalidades radiográficas • Espaço do ligamento periodontal normal

SUBLUXAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Há aumento da mobilidade dentária, mas não há deslocamento • Pode haver sangramento via sulco gengival 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente não são encontradas anormalidades radiográficas • Espaço normal do ligamento periodontal • A radiografia também pode ser usada como referência em casos de futuras complicações
LUXAÇÃO EXTRUSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento parcial do dente do seu alvéolo • O dente parece alongado e pode ter mobilidade excessiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do espaço do ligamento periodontal apical
LUXAÇÃO LATERAL	<ul style="list-style-type: none"> • O dente está deslocado, geralmente, para a palatina/lingual, ou vestibular • Não há mobilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • O deslocamento dentário e sua relação com o sucessor permanente e o aumento do espaço do ligamento periodontal apical é mais bem observado em uma radiografia oclusal
LUXAÇÃO INTRUSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • O dente está geralmente deslocado através da tábua vestibular ou em contato com o dente permanente sucessor 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando o ápice está deslocado em direção vestibular, a extremidade apical pode ser visualizada e o dente parece mais curto em relação ao contralateral • Quando o ápice está deslocado em direção ao germe do dente permanente, a extremidade apical não pode ser visualizada e o dente parece alongado

AVULSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Dente completamente fora do alvéolo 	<ul style="list-style-type: none"> • Exame radiográfico é essencial para garantir que o dente perdido não está intruído
----------------	---	--

CASOS DE DENTE PERMANENTE – VIDE PROTOCOLO DE URGÊNCIA (Protocolo de Atenção à Saúde Urgências Odontológicas, Portaria SES-DF Nº 342 de 29 de junho de 2017, publicada no DODF nº 124 de 30 de junho de 2017, acessado dia 11/08/2021, https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/13.-Urgencias_Odontologicas.pdf)

5.7 Outras alterações bucais

5.7.1 Dentes natais e neonatais

Ocorre quando um ou mais dentes decíduos estão presentes na cavidade bucal ao nascimento em recém-nascidos (dente natal) ou surgem na cavidade bucal dentro dos primeiros 30 dias de vida do bebê (dente neonatal). Ocorre mais frequentemente na região de incisivos inferiores e podem ser da série normal da dentição decídua ou supranumerários.^{20,22}

5.7.2 Retenção dentária

Dentes retidos são aqueles que, uma vez chegada a época normal em que deveriam erupcionar, ficam retidos parcial ou totalmente no interior do osso e/ou gengiva. Pode ocorrer quando há perda precoce do dente decíduo, quando a reabsorção radicular dos dentes decíduos não acontece de maneira uniforme e adequada, quando o germe do dente permanente encontra-se em posição ectópica, por anquilose dentária do dente decíduo, formações císticas, traumas dentoalveolares, dilacerações radiculares, doenças sistêmicas e síndromes. Pode ocorrer ainda a retenção dentária primária, que é a situação na qual um dente decíduo fica retido na cavidade bucal e não consegue erupcionar por um período superior a 6 meses, em comparação ao dente homólogo. A retenção dentária pode causar alterações transitórias ou permanentes na dentição mista e/ou permanente.^{33,34,35}

6- Critérios de Inclusão

Usuários de 0 (zero) a 12 (doze) anos incompletos;

Usuários residentes, de preferência, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua equipe.

7- Critérios de Exclusão

Casos de maior complexidade (pacientes com deficiência ou de difícil manejo) após duas tentativas de atendimento sem sucesso na UBS, deverão ser encaminhados pelo Sistema de Regulação ao CEOs.

Criança com estado de saúde geral descompensado deve ser, primeiramente, estabilizada pelo médico.

8- Conduta

O plano de tratamento será elaborado para um usuário que se encontra em crescimento e desenvolvimento. O dentista pode estruturar o tratamento em quatro fases: avaliação e/ou urgência, adequação do paciente, reabilitação e manutenção preventiva.⁷

No atendimento odontológico à criança é recomendada a utilização de técnicas de manejo de comportamento, sendo elas: mostrar-contar-fazer, controle de voz e reforço positivo.⁵

- **Mostrar-contar-fazer:** utilizar linguagem compatível com grau de compreensão da criança, apresentar os materiais, familiarizá-la com o ambiente.
- **Controle de voz:** mudança abrupta no tom de voz; utilizar diferentes entonações para repreender a criança diante de atitudes erradas e também para parabenizar diante do bom comportamento.
- **Reforço positivo:** gratificações após a consulta, elogios, salientar o bom comportamento.

É sempre importante interagir com a criança durante o atendimento, respeitar o ritmo dela, perceber sinais de tensão, mostrar-lhe o controle da situação (sinal com a mão) e nunca a deixar sair do consultório sem fazer procedimento algum, nem que seja só escovação. (Técnicas de Manejo, página 101, Saúde Bucal no SUS).⁵

Não havendo colaboração da criança, mesmo quando utilizadas todas as técnicas de manejo de comportamento, e o procedimento clínico deve ser realizado naquele momento (urgência/emergência) justifica-se o uso de estabilização protetora. Também chamada de contenção física, a estabilização protetora é o ato de restringir a liberdade dos movimentos do paciente a fim de minimizar os riscos de injúrias, permitindo dessa forma a realização do tratamento odontopediátrico com segurança.⁸ Ressalta-se, ainda, a importância do

consentimento dos pais para a aplicação da técnica citada. (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – item 12, anexo I).

8.1 Conduta Preventiva

8.1.1 A importância da amamentação para o desenvolvimento orofacial

A recomendação atual da OMS é que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e por dois anos ou mais. Nos primeiros 6 meses, a orientação é que ela receba somente leite materno. Quando isso ocorre, dizemos que a criança está em "amamentação exclusiva".³⁶

Os benefícios da amamentação são amplamente conhecidos, sendo eles: nutricionais, imunológicos e psicológicos. Em se tratando do desenvolvimento orofacial, a amamentação é considerada um importante exercício para o desenvolvimento da maxila e mandíbula, dos músculos faciais e favorece a respiração nasal.³⁷

8.1.2 Hábitos de sucção não nutritiva

A OMS recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja praticado, pelo menos, nos 6 primeiros meses de vida, ficando a criança menos propensa a apresentar hábitos de sucção não nutritiva.³¹

A utilização da chupeta tem sido associada a fatores responsáveis pelo desmame precoce. Seu uso tem sido contraindicado, considerando-se os efeitos deletérios para a saúde oral da criança, principalmente no que se refere aos problemas odontológicos e fonoaudiológicos, como alterações oclusais e das funções de respiração, deglutição, mastigação e fala.³⁸

Devido ao forte componente cultural que envolve o uso de artefatos de sucção nutritiva (mamadeira) e não nutritiva (sucção de dedo e chupeta), recomenda-se que a remoção destes seja feita precocemente. A idade de dois anos é um marco importante para o início da remoção dos hábitos de sucção, propiciando a chance de autocorreção de possíveis alterações desarmônicas que estejam presentes.³⁹

8.1.3 Ações Coletivas

As ações de educação em saúde com ênfase na promoção e prevenção de agravos em saúde bucal devem ser inseridas de forma precoce na vida das crianças, preferencialmente de maneira lúdica. Sabe-se que a manutenção da saúde bucal está aliada a bons hábitos saudáveis (alimentares e de higiene bucal) que impactam na saúde sistêmica do indivíduo. As atividades voltadas

ao público infantil devem ser pensadas com o intuito de facilitar a aprendizagem e a construção do conhecimento, com linguagem adequada para a faixa etária e por meio de atividades divertidas que despertem o interesse das crianças. As ferramentas utilizadas devem tornar o processo mais dinâmico e de fácil compreensão. As ações de educação em saúde podem ser realizadas em todos os níveis de atenção e em diversos espaços sociais e grupos populacionais. Cabe ao profissional de saúde delinear a melhor estratégia de acordo com o perfil do usuário de sua área de abrangência.⁴⁰

8.1.4 Ações individuais

8.1.4.1 Higiene Oral

A orientação de higiene bucal é uma forma de promover saúde e controlar a doença cárie. É um hábito que precisa ser ensinado e aprendido. Dessa forma, os pais devem ser instruídos a realizar a higiene bucal de seu filho a partir da erupção do primeiro dente. A remoção mecânica do biofilme deve ser feita idealmente, duas vezes ao dia, com escova de dentes de cerdas macias e de tamanho compatível com a boca (idade) da criança e dentifrício fluoretado (pelo menos 1000 ppm a 1500 ppm de flúor).³¹

A técnica de escovação e o tipo de escova pouco interferem nos resultados, desde que se faça o uso do dentifrício fluoretado associado. A técnica de escovação transversal pode ser uma alternativa para molares em irrupção, utilizando-se a própria escova da criança. Recomenda-se o uso do fio dental para a higiene das áreas proximais.³¹

O Guia de Recomendação para o Uso de Fluoretos no Brasil, do Ministério da Saúde, recomenda dentifrícios fluoretados desde a irrupção dos primeiros dentes decíduos e alerta contra a utilização de dentifrícios sem flúor ou com baixa concentração de flúor.⁴¹

A Academia e Associação Americana de Odontopediatria recomendam, como um procedimento preventivo efetivo, o uso de dentifrícios fluoretados, os quais devem ser utilizados com supervisão, em quantidades pequenas. A orientação é de uma fina camada de dentifrício sobre a escova ou a quantidade de um grão de arroz (0,1g) para crianças menores de três anos e de um grão de ervilha (0,3g) para crianças de três a seis anos de idade.^{42,43}

As medidas relacionadas à higiene oral devem ser constantemente retomadas, pois a motivação parece ser um importante fator para crianças

e adolescentes. Deve-se observar também que as estratégias tendem a ser mais efetivas, quando o paciente entende o problema e suas causas.³¹

8.1.4.2 Dieta

É comprovado que quanto maior o consumo de açúcar, mais elevado é o risco de cárie dentária. Assim, dois aspectos devem ser observados: a exposição precoce, antes dos dois anos de idade, que pode influenciar na futura preferência por doces, e a frequência do consumo do açúcar, onde quanto maior o número de ingestões, maior o risco de cárie dentária.³¹

Observa-se, também, que o consumo de mamadeiras com líquidos açucarados, durante a noite ou para dormir, está associado à cárie dentária. E que este líquido se deposita principalmente nos incisivos superiores, dentes mais afetados pela cárie em crianças menores.³¹

8.1.4.3 Evidenciação da Placa Bacteriana

Tem sido pouco estudada e apresenta efeito modesto na redução do biofilme em crianças.³¹

8.1.4.4 Profilaxia Dentária

A profilaxia dentária profissional é uma opção eficiente para auxiliar no controle de biofilme em nível individual. Os objetivos alcançados por meio da profilaxia são: remover manchas extrínsecas e placa visível para permitir um eficiente exame clínico e diagnóstico das afecções bucais. É uma estratégia também utilizada no manejo e controle de comportamento. A indicação do tipo e da periodicidade da profilaxia deve se basear na avaliação individual do risco de cárie e de doença periodontal. Pode ser executada com gaze, escova dental convencional, taça de borracha, escova de Robison, jato de bicarbonato e instrumentos manuais. O reforço profissional periódico, associado à instrução de higiene oral e profilaxia profissional, é essencial para a motivação do paciente e da família quanto à prevenção de doenças bucais.⁴⁴

8.1.4.5 Flúor

“O Ministério da Saúde afirma que o enfrentamento da cárie dentária deve envolver políticas públicas que garantam a todos os brasileiros água fluoretada e universalização do acesso ao dentifrício fluoretado e à escova dental, bem como à disponibilidade aos cuidados odontológicos apropriados

e demais práticas de cuidado à saúde”. O uso do flúor é considerado a estratégia mais importante de prevenção, e tem relação direta com a diminuição da incidência de lesões de cárie.^{45,46}

Está disponível em diferentes formas para o uso. As mais comuns para métodos de aplicação tópica individuais são: dentifrícios, enxaguatórios, géis e vernizes. Deve ser diferenciado o uso preventivo do terapêutico. Os dentifrícios e a água fluoretada são considerados suficientes para o uso preventivo. Os outros devem ser usados em pacientes com atividade de cárie e de forma individualizada.⁴⁷

Dentifrício fluoretado: concentração do dentifrício acima de 1000 ppm. A quantidade na escova deve ser de um grão de arroz cru (0,1g) para bebês e de um grão de ervilha (0,3g) para crianças que já sabem cuspir.⁴⁸

Enxaguatórios: recomendados para crianças acima de 6 anos sob supervisão, mas ainda existe pouca informação em relação aos efeitos adversos e aceitabilidade.⁴⁸

Géis e vernizes: aplicação tópica recomendada após avaliação do risco de desenvolvimento ou atividade de cárie. O verniz é recomendado para crianças abaixo de 6 anos. Os géis para aplicação profissional possuem concentração de 12.300 ppm (1,23% de fluorofosfato acidulado ou 2% de fluoreto de sódio neutro). Podem ser aplicados com moldeiras ou escovas de dente, bolinhas de algodão ou pincéis.^{18,49}

Os vernizes possuem maior concentração, 22.600 ppm de íons flúor, por isso promovem maior formação de fluoreto de cálcio e podem ser utilizados para remineralização de lesões ativas.^{18,49}

Evitar ingestão de alimentos por 2 horas e escovar os dentes somente 12 horas após a aplicação.^{18,49}

8.2 Tratamento Não Farmacológico

8.2.1 Cariologia

As evidências científicas atuais sugerem que a abordagem da doença cárie deve ser feita baseada na Odontologia de Mínima Intervenção – OMI, com ênfase na prevenção da doença e não no tratamento das sequelas que ela traz, com o objetivo da manutenção da estrutura dentária saudável e funcional por toda a vida.⁴⁷

É importante destacar ainda que, além dos benefícios para a preservação do tecido dentário, essa abordagem beneficia o usuário infantil, por trazer um

menor desconforto na execução do tratamento, gerando menos ansiedade, colaborando para o condicionamento da criança.⁴⁷

Nesse contexto, dentre as possibilidades de tratamento das lesões de cárie, têm-se as seguintes abordagens:

- **Não invasiva**
 - Controle da dieta cariogênica
 - Controle do biofilme

- **Micro invasiva**

- Selantes

As fósulas e fissuras dos dentes posteriores podem favorecer o acúmulo e retenção de micro-organismos e restos alimentares. Estas regiões são de difícil acesso para higienização, o que pode levar ao aparecimento e desenvolvimento de lesões cariosas. Neste sentido, os selantes constituem um método aprovado para prevenção e manejo da doença cárie e atualmente são indicados para: lesão de cárie nas fósulas e fissuras restrita ao esmalte, dentes hígidos com fósulas e fissuras profundas ou em pacientes que apresentam alto risco à doença cárie. Podem ser realizados com os materiais resinosos ou ionoméricos, destacando-se os selantes ionoméricos feitos com a abordagem do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).^{7,44,52}

- **Invasivas**

- Restaurações Convencionais
- Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)

“Dispensa o uso de equipamentos odontológicos tradicionais, minimiza o uso de anestesia local, reduz o grau de desconforto, aumenta as chances de intervenção precoce e de preservação das estruturas dentárias afetadas. É importante que o TRA esteja associado a programas preventivos e de educação em saúde bucal para que os fatores associados à cárie sejam controlados”.⁵

8.2.2 Doença Periodontal

O tratamento consiste na remoção da placa ou biofilme dental feita com a raspagem e polimento, coadjuvada com a escovação adequada. A terapêutica torna-se mais complexa quando existem doenças sistêmicas

associadas, sendo imprescindível um tratamento multidisciplinar. Na existência de outros fatores etiológicos, estes deverão ser eliminados, incluindo remoção de cálculos e substituição de restaurações defeituosas.⁷

8.2.3 Defeitos do desenvolvimento dentário

8.2.3.1 Hipomineralização Molar Incisivo

O tratamento requer acompanhamento para a manutenção e monitorização dos dentes afetados a longo prazo e durante a erupção. Fazem parte do tratamento medidas de remineralização e dessensibilização, prevenção de lesões de cárie e de fraturas pós-eruptivas, restaurações ou extrações. Para as medidas restauradoras, o uso do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade é indicado de forma a evitar a remoção completa do esmalte afetado.¹⁵

8.2.3.2 Amelogênese Imperfeita

O tratamento deve começar o mais cedo possível, por meio de técnicas de mínima intervenção com o objetivo de manter a vitalidade dos dentes o maior tempo possível. Além disso, manutenção de higiene oral e acompanhamento rigoroso são recomendados. Para os casos que requerem intervenções restauradoras, o cimento de ionômero de vidro e/ou resina composta estão indicados para dentes decíduos. É importante prevenir e tratar a dor, proteger os tecidos dentais íntegros para manter a função oclusal, diminuir a retenção de biofilme e melhorar a estética.^{19,53}

8.2.3.3 Dentinogênese Imperfeita

Como nos defeitos do esmalte, o diagnóstico precoce e o cuidado preventivo são essenciais para o sucesso do tratamento. Recomenda-se proteger os dentes tão logo eles irrupcionem para evitar o rápido desgaste, a ocorrência de fratura e para proteger a polpa.¹²

8.2.4 Alterações dos tecidos moles

8.2.4.1 Anquiloglossia

Frenotomia: É a intervenção cirúrgica em bebês, caracterizada por uma incisão ântero-posterior do freio lingual (sem remoção de tecido), permitindo a sua liberação e melhor movimentação da língua.^{20,21,54}

Frenectomia: É a liberação cirúrgica do freio lingual ou labial e consiste na remoção do tecido mucoso que compõe o freio. Trata-se da incisão da inserção do tecido conjuntivo fibroso da base da língua, permitindo a liberação de sua porção anterior.^{20,21,54}

8.2.4.2 Cistos de erupção

Usualmente nenhum tratamento é necessário, pois geralmente o cisto se rompe espontaneamente, permitindo a erupção do dente envolvido. Em raros casos pode ser necessário fazer a excisão do teto do cisto.^{20,22}

8.2.4.3 Nódulos de Bohn

Nenhum tratamento é necessário. Os Nódulos de Bohn regridem espontaneamente.²⁰

8.2.4.4 Perolas de Epstein

Nenhum tratamento é necessário. As Pérolas de Epstein regridem espontaneamente.^{20,22}

8.2.4.5 Lesões por mordedura ou mastigação acidental

Na maioria dos casos nenhum tipo de tratamento é necessário, o melhor é prevenir o aparecimento das lesões, orientando os pais e responsáveis sobre os cuidados necessários nas primeiras horas pós anestesia. Cuidados com a consistência dos alimentos (evitar alimentos mais duros) e com a temperatura dos mesmos (evitar alimentos quentes devido ao risco de queimadura).⁷

Em caso de dor e dificuldade alimentar, deve-se utilizar um analgésico por via oral e em alguns casos, o uso de soluções antissépticas pode ser indicado devido ao risco de infecção da ferida.⁷

O tratamento depende da gravidade da lesão.⁷

8.2.4.6 Lesão de Riga-Fede

As intervenções podem ser conservadoras (suavização da borda incisal) ou radicais (exodontia). Deve-se avaliar o impacto da lesão na amamentação e sempre que possível optar pela manutenção do elemento dental.²³

8.2.4.7 Aftas recorrentes

O tratamento depende de um diagnóstico adequado e vigilância quanto a possíveis fatores ou patologias associadas. Existem diversas opções de tratamento como: acompanhamento clínico, tratamento da doença de base associada, laserterapia de baixa potência, medicações sistêmicas e tópicas.²⁰

8.2.4.8 Gengivoestomatite herpética

Indica-se a remoção da placa bacteriana e alívio da sintomatologia com analgésicos e antipiréticos. Nos casos mais graves pode também ser prescrito um antiviral. Outra alternativa é a fototerapia com laser de baixa intensidade, que atua acelerando o ciclo de evolução da lesão.^{24,25}

8.2.4.9 Mucocele

A conduta cirúrgica envolve a enucleação, remoção completa da estrutura lesada, além da remoção das glândulas salivares que circundam a lesão. As técnicas paliativas como a drenagem e perfuração podem resultar em episódios de recidiva.⁷

8.2.5 Alterações pulpares

Não há evidências científicas para a realização de testes de vitalidade pulpar ou de percussão em dentes decíduos, pois, além de poderem causar grande desconforto, modificando o comportamento da criança, não se pode confiar nas respostas, devido à sua subjetividade.^{30,31}

8.2.5.1 Capeamento pulpar indireto

Indicado quando não há exposição pulpar. Pode ser realizado em sessão única, com remoção seletiva de tecido cariado e selamento da cavidade.^{30,31}

8.2.5.2 Capeamento pulpar direto

Indicado quando há exposição pulpar, na ausência de tecido cariado, exposição “acidental” ou exposição por trauma em menos de 24 horas. É realizado com material ou medicamento.^{30,31}

8.2.5.3 Pulpotomia

Indicado quando há exposição pulpar por cárie ou por trauma com mais de 24 horas. Consiste na remoção da polpa coronária e manutenção da polpa radicular que será recoberta por medicamento adequado.^{30,31}

8.2.5.4 Tratamento Endodôntico

Tratamento endodôntico é indicado nos casos de pulpite irreversível ou necrose pulpar, em decorrência de cárie ou traumatismo e reabsorções internas em fase inicial.^{30,31}

8.2.6 Traumatismo em dentes decíduos

Em crianças ressalta-se uma íntima relação entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente subjacente. Dentre as consequências que podem ocorrer após o trauma, pode-se citar a má formação dentária, dentes impactados, distúrbios de erupção na dentição permanente, descoloração da coroa e defeitos de desenvolvimento do esmalte. Assim, os tratamentos devem minimizar os riscos de danos aos dentes permanentes.³²

Não é indicado o reimplante de dentes decíduos avulsionados.³²

TIPO DE TRAUMA	TRATAMENTO	ACOMPANHAMENTO
FRATURA DE ESMALTE	<ul style="list-style-type: none">• Alisamento das bordas	
FRATURA DE ESMALTE E DENTINA	<ul style="list-style-type: none">• Selar completamente a dentina envolvida com ionômero de vidro para prevenir microinfiltração• O dente pode ser restaurado com resinas compostas.	<ul style="list-style-type: none">• Clínico em 3-4 semanas
FRATURA CORONÁRIA COM EXPOSIÇÃO PULPAR	<ul style="list-style-type: none">• Se possível, preservar a vitalidade pulpar realizando pulpotomia parcial• Uma camada de pasta de hidróxido de cálcio pura bem condensada pode ser aplicada sobre a polpa, recoberta por um material de revestimento, como ionômero de vidro• O dente pode ser restaurado com resinas	<ul style="list-style-type: none">• Clínico em 1 semana• Clínico e radiográfico em 6-8 semanas• Clínico e radiográfico em 1 ano

	<p>compostas</p> <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento depende da maturidade da criança e de sua capacidade de cooperação • Pode-se optar pela extração 	
FRATURA CORONO-RADICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção do fragmento, somente se a fratura envolver apenas uma pequena porção da raiz e se o fragmento estável tem extensão suficiente para permitir restauração coronária • Nos outros casos está indicada a extração 	<p>Em caso de manutenção do dente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana. • Clínico e radiográfico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico anual até a erupção do sucessor permanente
FRATURA RADICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Se o fragmento coronário não está deslocado, nenhum tratamento é necessário • Se há deslocamento do fragmento coronário, pode ser considerado o reposicionamento com posterior contenção • Caso contrário, extrair somente o fragmento coronário. O fragmento apical deve ser deixado para ser reabsorvido 	<p>Sem deslocamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico anual até a esfoliação <p>Extração do fragmento coronário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínico e radiográfico em 1 semana • Clínico e radiográfico anual.
FRATURA ALVEOLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionar qualquer segmento deslocado e realizar a contenção • Estabilizar o segmento por 4 semanas • Monitorar o dente na linha de fratura 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana. • Clínico, radiográfico e remoção da contenção em 3-4 semanas • Clínico e radiográfico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico anual até a esfoliação.
CONCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum tratamento é necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico em 6-8 semanas

<p>SUBLUXAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum tratamento é necessário, a menos que haja o desenvolvimento de fístula • Ocorrendo o escurecimento do dente, deve ser acompanhado cuidadosamente para detecção de sinais de infecção o mais precocemente possível • Recomendar escovação com escova macia e uso tópico de clorexidina 0,12% na área afetada, aplicada com cotonete, 2 vezes ao dia, por 1 semana 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico em 6-8 semanas
<p>LUXAÇÃO EXTRUSIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A decisão do tratamento é baseada no grau de deslocamento, mobilidade, formação radicular e a habilidade de cooperação da criança com a situação de urgência • Para extrusões menores de 3mm, em um dente com rizogênese incompleta, deixar que o dente se alinhe ou reposicionar cuidadosamente • Ocorrendo o escurecimento do dente, deve ser acompanhado cuidadosamente para detecção de sinais de infecção o mais precocemente possível • A extração é o tratamento de escolha para extrusões severas 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico e radiográfico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico em 6 meses • Clínico e radiográfico em 1 ano.

	de dentes decíduos com rizogênese completa	
LUXAÇÃO LATERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Se não houver interferência oclusal, é recomendado deixar que o dente se reposicione espontaneamente • Em casos de pequena interferência oclusal, indicado ajuste oclusal • Quando há grande interferência oclusal, o dente pode ser reposicionado, por meio de pressão digital vestibular e palatina/lingual simultaneamente, sob anestesia local • Em casos de deslocamento severo, quando a coroa está deslocada para a vestibular, está indicada a extração 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico em 2-3 semanas • Clínico e radiográfico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico em 1 ano
LUXAÇÃO INTRUSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Se o ápice está deslocado em direção ou através da tábua óssea vestibular, deve-se aguardar reposicionamento espontâneo do dente • Se o ápice estiver deslocado em direção ao germe do sucessor permanente, deve-se realizar a sua extração 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico em 3-4 semanas • Clínico em 6-8 semanas • Clínico e radiográfico em 6 meses • Clínico e radiográfico anual até a esfoliação
AVULSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Não é recomendado o reimplante de dente decíduo 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico em 1 semana • Clínico e radiográfico em 6 meses • Clínico e radiográfico anual até a irrupção do sucessor permanente

(Tabela IADT, modificada)

Dente Permanente - Vide Protocolo de Atenção à Saúde - Urgências Odontológicas, Portaria SES-DF nº 342 de 29 de junho de 2017, publicada no DODF Nº 124 de 30 de junho de 2017, acessado dia 05/10/2021, https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/13.-Urgencias_Odontologicas.pdf

8.2.7 Outras alterações bucais

8.2.7.1 Dentes natais e neonatais

As condutas variam desde a preservação, passando pelo polimento dos bordos, permitindo um maior conforto para a mãe e bebê durante a amamentação e exodontia, nos casos de mobilidade e risco de deslocamento e aspiração. Sempre que possível deve-se optar pela manutenção do elemento dentário na cavidade bucal.^{20,22}

8.2.7.2 Retenção dentária

Dentre as opções de tratamento, podem-se citar a ulotomia, ulectomia e intervenções ortodônticas nos casos mais complexos. A ulotomia consiste na exérese do tecido gengival que recobre a face incisal ou oclusal da coroa dentária. Já a ulectomia é a remoção cirúrgica dos tecidos gengivais que revestem o dente e impedem o seu desenvolvimento e irrupção.^{33,34,35}

8.3 Tratamento Farmacológico

Em Odontopediatria, deve-se preferir a administração via oral e, se possível, elege-se medicamentos com menor número de administrações diárias. Frequentemente, as crianças têm dificuldade de deglutir comprimidos e cápsulas. Deve-se, portanto, preferir as preparações líquidas e de sabor agradável, em volumes pequenos. O cálculo da posologia deve levar em consideração o peso ou superfície corporal da criança.⁷

A cárie é uma doença crônica que poderá ser tratada com as seguintes abordagens farmacológicas:

- Uso adicional de fluoretos tópicos
- Uso do cariostático ou diamino fluoreto de prata (DFP)

Faz parte das estratégias não invasivas utilizadas para controlar a progressão de lesões de cárie em esmalte e dentina em crianças. O DFP é eficaz contra o *Streptococcus mutans*, reduz o número de bactérias em lesões cariosas profundas,

pois é bactericida, tornando possível manter cavidades com tecido cariado afetado. Pode paralisar lesões de cárie em esmalte e dentina, inibe a desmineralização, promove a remineralização e protege a matriz de colágeno contra a degradação por inibir a atividade das colagenases, cisteínaproteinases e catepsina.⁵⁰

A concentração do DFP mais utilizada é a de 38%, mas também é encontrado nas concentrações de 30% e 12%. É de fácil aplicação, mas tem a desvantagem de deixar a superfície tratada enegrecida, o que pode não ser bem aceito esteticamente pelo usuário e/ou familiares.⁵¹

Além da cárie dentária, outra patologia que necessita de intervenção farmacológica é a candidíase. O tratamento consiste no uso de antifúngico nistatina.^{26,27,28,29}

8.3.1 Fármaco(s)

Antibacterianos beta-lactâmicos, penicilinas

▪ **Amoxicilina (DCB 00736)⁵⁵**

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: pó para suspensão oral 250mg/5ml frasco 150 ml com doseador

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

▪ **Amoxicilina + Clavulanato de Potássio (DCB 00137)⁵⁵**

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: pó para suspensão oral 50 mg/ml + 12,5 mg/ml frasco 75 ou 100 ml

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Outros antibacterianos beta-lactâmicos

▪ **Cefalexina (DCB 01826)⁵⁵**

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: pó para suspensão oral 50 mg/ml frasco 100ml com doseador

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Lincosaminas e estreptograminas, macrolídeos

▪ **Azitromicina (DCB 00998)⁵⁵**

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: pó para suspensão oral com 900mg para preparo de suspensão de 40mg/ml, frasco 22,5ml

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico e Estratégico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias

▪ Metronidazol (benzoil) (DCB 05902)⁵⁵

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: suspensão oral 40mg/ml, frasco 80ml a 120 ml com doseador

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Anti-infecciosos intestinais

▪ Nistatina (DCB 06410)⁵⁵

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: suspensão oral 100.000 UI/ml, frasco 50 ml com doseador

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Outros analgésicos e antipiréticos

▪ Dipirona Sódica (DCB 03121)⁵⁵

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: solução oral 500 mg/ml, frasco 10 ml

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

▪ Paracetamol (DCB 06827)⁵⁵

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: solução oral 200 mg/ml, frasco 15 ml

Componente da Assistência Farmacêutica: Básico e Estratégico

Locais Disponíveis para Dispensação: UBS e uso Hospitalar

Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroides

▪ Ibuprofeno (DCB 04766)⁵⁵

Forma Farmacêutica e Concentração Composição: suspensão oral 50mg/ml, frasco gotas 30 ml

8.3.2 Esquema de Administração

FÁRMACOS		
PRINCÍPIO ATIVO	APRESENTAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO
Dipirona Sódica	Solução oral 500mg/mL frasco 10mL	<ul style="list-style-type: none"> • Uso pediátrico acima de 3 meses de idade e acima de 5kg; • 1/2 gota/kg/dose de 6/6h (verifique a Tabela 1 para estabelecer a dose de dipirona por peso e idade); • Não exceder 35 gotas por dose.
Ibuprofeno	Suspensão oral 50mg/mL frasco 30mL	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 gotas/kg/dose de 6 a 8h; • Uso pediátrico acima de 6 meses de idade; • Não exceder 40 gotas por dose; • Dose máxima diária: 40mg/kg/dia.
Paracetamol	Solução oral 200mg/mL frasco 15mL	<ul style="list-style-type: none"> • 1 gota/kg/dose de 4 a 6h; • Não exceder 35 gotas por dose; • Dose máxima diária: 100mg/kg/dia; • Não exceder 5 administrações; (aproximadamente 50-75 mg/kg), em um período de 24 horas.
Amoxicilina	Pó para suspensão oral 250 mg/5mL frasco 150mL	<p>CRIANÇAS A PARTIR DE 1 ANO DE IDADE E PESO MENOR QUE 20kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 a 50 mg/kg/dia de 8/8h por 7 a 10 dias. <p>CRIANÇAS COM PESO ENTRE 20kg E 40 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A dose diária padrão é de 20 a 50mg/kg/dia, dividida em três tomadas (de 8/8h), por 7 a 10 dias. Nas infecções mais graves a dose pode ser aumentada até um máximo de 150mg/kg/dia, dividida em três tomadas (de 8/8h), por 7 a 10 dias. <p>CRIANÇAS ACIMA DE 40 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A dose padrão é de 250 mg, de 8/8 horas, por 7 a 10 dias. Nas infecções mais graves a dose pode ser aumentada para 500 mg, de 8/8h.

Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	Pó para suspensão oral 250mg + 62,5mg/5mL frasco 75mL	<ul style="list-style-type: none"> • Dose baixa: 20 (Amoxicilina)/5 (Clavulanato) a 40/10 mg/kg/dia divididos em três doses (08/08h) para infecções leves e moderadas; • Dose alta: 40/10 a 60/15 mg/kg/dia divididos em três doses para infecções mais graves; • Não há dados clínicos disponíveis em doses acima de 40/10 mg/kg/dia em crianças menores de 2 anos; • Para minimizar o potencial de intolerância gastrointestinal e otimizar a absorção, esse medicamento deve ser administrado no início de uma refeição.
Azitromicina	Pó para suspensão oral com 900mg para preparo de suspensão de 40mg/mL frasco 22,5mL	<ul style="list-style-type: none"> • A dose máxima total recomendada para crianças é 30 mg/kg, não devendo ultrapassar a administração de 1500 mg, considerando todo o período de tratamento; • A dose total deve ser administrada em dose única diária de 10 mg/kg, durante 3 dias, ou pode ser administrada durante 5 dias, em dose única de 10 mg/kg no 1º dia e 5 mg/kg, 1 vez ao dia, do 2º ao 5º dia; • Verifique a Tabela 2 para estabelecer a dose/volume conforme o peso.
Cefalexina	Suspensão ou pó para suspensão oral 50 mg/mL frasco 100mL	<ul style="list-style-type: none"> • A dose diária recomendada para crianças é de 25 a 50 mg/kg, que deve ser fracionada e administrada a cada 12 horas (duas administrações diárias); • Nas infecções graves a dose diária pode ser dobrada, e fracionada para uso de 6/6 horas (quatro administrações diárias); • Verificar Tabela 3 de dose de cefalexina abaixo.
Metronidazol (Benzoil)	Suspensão oral 40mg/mL frasco 80mL a 120mL	<ul style="list-style-type: none"> • 20mg/kg/dia de 06/06h por 5 a 10 dias
Nistatina	Suspensão oral 100.000UI/mL frasco 50mL	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuros e crianças de baixo peso: <i>Estudos clínicos demonstram que a dose de 1 mL (100.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia é efetiva.</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • Lactentes: a dose recomendada é de 1 ou 2 mL (100.000 a 200.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia; • Crianças: <i>A dose varia de 1 a 6 mL (100.000 a 600.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia. A fim de evitar recidivas, o esquema posológico para todas as apresentações deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negatificação das culturas.</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bochechar de 1 a 6ml por 1 minuto e engolir, 4 vezes ao dia por 14 dias ○ Em crianças menores, quando não é possível bochechar, aplicar com a ajuda de gaze embebida na solução • Se os sinais e sintomas piorarem ou persistirem (após o 14º dia do início do tratamento) o paciente deverá ser reavaliado e considerar-se uma terapia alternativa.
--	--	--

Tabela 1: Dose de dipirona 500 mg/mL de acordo com o peso da criança.

Dipirona – Dose de Acordo com o Peso da Criança		
Peso (médio de idade)	Dose	Solução oral (em gotas)
5 a 8 kg (3 a 11 meses)	Dose única	2 a 5 gotas
	Dose máxima diária	20 (4 tomadas x 5 gotas)
9 a 15 kg (1 a 3 anos)	Dose única	3 a 10 gotas
	Dose máxima diária	40 (4 tomadas x 10 gotas)
16 a 23 kg (4 a 6 anos)	Dose única	5 a 15 gotas
	Dose máxima diária	60 (4 tomadas x 15 gotas)
24 a 30 kg (7 a 9 anos)	Dose única	8 a 20 gotas
	Dose máxima diária	80 (4 tomadas x 20 gotas)
31 a 45 kg (10 a 12 anos)	Dose única	10 a 30 gotas
	Dose máxima diária	120 (4 tomadas x 30 gotas)
46 a 53 kg (13 a 14 anos)	Dose única	15 a 35 gotas
	Dose máxima diária	140 (4 tomadas x 35 gotas)

Tabela 2: Dose de cefalexina 50 mg/mL ou 250 mg/5 mL de acordo com o peso da criança.

Doses de cefalexina (Suspensão ou pó para suspensão oral 50 mg/mL ou 250 mg/5 mL) conforme o peso da criança (1 copo-medida = 10mL)				
Peso	Dose de 25 mg/Kg		Dose de 50 mg/Kg	
	Quatro vezes ao dia	Duas vezes ao dia	Quatro vezes ao dia	Duas vezes ao dia
10kg	-	¼ copo dosador (2,5 mL)	¼ copo dosador (2,5 mL)	½ copo dosador (5 mL)
20kg	¼ copo dosador (2,5 mL)	½ copo dosador (5 mL)	½ copo dosador (5 mL)	1 copo dosador (10 mL)
40kg	½ copo dosador (5 mL)	1 copo dosador (10 mL)	1 copo dosador (10 mL)	2 copos dosadores (20 mL)

(<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=CEFALEXINA>)

Tabela 3: Dose de azitromicina 40mg/mL de acordo com o peso da criança e regime de administração

Tabela de doses para administração de azitromicina 900mg (Pó para preparo de suspensão de 40mg/mL) - Regimes de 3 e 5 dias (Doses calculadas considerando o regime de dose de 10mg/kg/dia)		
Peso	Regime de 3 dias	Regime de 5 dias
<15kg	10 mg/kg em dose única diária, durante 3 dias.	10 mg/kg no 1º dia, seguido por 5 mg/kg durante 4 dias, administrados em dose única diária.
15-25 kg:	200 mg (5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	200 mg (5 mL) no 1º dia, seguido por 100 mg (2,5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.
26-35 kg:	300 mg (7,5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	300 mg (7,5 mL) no 1º dia, seguido por 150 mg (3,75 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.
36-45 kg:	400 mg (10 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	400 mg (10 mL) no 1º dia, seguido por 200 mg (5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.

(<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=ASTRO>)

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados, em média, de 3 a 5 dias. Já os antibióticos e antifúngicos podem ser administrados, em média, de 7 a 14 dias ou até o desaparecimento dos sinais e sintomas. Em caso de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em relação aos medicamentos prescritos, o usuário deverá suspender seu uso e procurar imediatamente a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.

9- Benefícios Esperados

Dentre os benefícios deste protocolo, objetiva-se aumentar o número de ações de promoção e prevenção em saúde bucal, com o intuito de reduzir os índices de cárie dentária na população infantil, a incidência de infecções de origem odontogênica, o número de atendimentos de urgência e emergência e conseqüentemente as internações hospitalares de origem odontológica

10- Monitorização

O cirurgião dentista tem autonomia para avaliar o usuário infantil e elaborar um plano de tratamento individualizado, que contemplará as necessidades específicas de cada criança. O número de consultas e o intervalo entre elas depende do estado bucal que o paciente apresenta, bem como a capacidade colaboradora do mesmo. O profissional tem autonomia para avaliar o usuário infantil, elaborar um plano de tratamento individualizado, que contemplará as necessidades específicas de cada criança. O número de consultas e o intervalo entre elas dependerá do estado clínico bucal que o paciente apresenta, o risco ao desenvolvimento da doença cárie e a capacidade colaboradora. As consultas podem ter um intervalo de 1 a 3 semanas, se estendendo até a conclusão do tratamento odontológico.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

O acompanhamento caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visa manter a saúde bucal após o término do tratamento odontológico. Este retorno programado será realizado na UBS de referência ou no domicílio – atenção domiciliar - de acordo com o risco individual, a ser definido pelo cirurgião dentista. Após a conclusão do tratamento, a criança entrará no acompanhamento preventivo. Para as crianças em acompanhamento preventivo, a periodicidade de retorno poderá variar entre 1 mês, 3 meses, 6 meses e 1 ano.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Anexo 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, o controle e a avaliação das atividades por meio deste protocolo refletir-se-ão em dados que serão coletados e acompanhados pela gestão de cada unidade de saúde ou Centro de Especialidades Odontológicas da SES-DF. Os usuários à atenção secundária serão regulados, panorama 3, através do SISREG de acordo com critérios da Nota Técnica SEI-GDF n.º 4/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO, ou atualizações *a posteriori*. O agendamento programado de usuários na atenção primária de saúde ocorrerá pela UBS de sua referência. Os dados serão analisados através de relatórios de produtividade pelos prontuários eletrônicos, conforme o nível de atenção.

14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Aprovada pela Resolução CFO 63/2005. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>. Acesso em 11.08.2020.
2. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 11.08.2020.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Odontologia do Distrito Federal. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal – Organização da rede de atenção à saúde bucal. Brasília, 2019.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2018.
6. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. Disponível em: <https://www.cid10.com.br/>. Acesso em: 12.08.2020.
7. Toledo, Orlando Ayrton de. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 4ª edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2012. 432p.
8. Shitsuka, RICM et al. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na Odontopediatria: um estudo piloto. RFO UPF [online]. 2015; vol.20, n.1.pp.59-63.
9. Pitts N, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. Int J Paediatr Dent. 2019; 29: 384-386.
10. Pitts, NB, et al. Dental Caries. Nat RevDisPrimers. 2017; 3:17030. 2017;10:1038.

11. Paraguassú, GM et al. Aspectos periodontais da hiperplasia gengival modificada por anticonvulsivantes. 2012; 4, no1.
12. Seow WK. Developmental defects of enamel and dentine: challenges for basic Science research and clinical management. Aust Dent J. 2014;59:(1 Suppl):143-154
13. Silva, M.J., Scurrah, K. J., Craig, J.M., Manton, D.J., & Kilpatrick, N. (2016). Etiology of molar incisor hypomineralization – A systematic review. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 44(4), 342-353.
14. Salanitri S, Seow WK. Developmental enamel defects in the primary dentition: a etology and clinical manegement. AustDent J. 2013; 58(2):133-140.
15. Santos-Pinto, Lourdes. HMI: Hipomineralização de Molares e Incisivos/Lourdes Santos-Pinto, Camila Fragelli, José Carlos Imparato – Nova Odessa, SP. Napoleão, 2020.
16. Balmer R, Toumba J, Godson J, Duggal M. The prevalence of molar incisor hypomineralisation in Nothern England and its relationship to socioeconomic status and water fluoridation. Int J Paediatr Dent. 2012 Jul; 22(4):250-7).
17. Cabral, RN et al. Reability and validity of a new classification of MIH based on severity. Clinical Oral Investigations, 24, 727-734(2020).
18. Bussadori SK, Motta LJ, Pinto MM. Manual de protocolos clínicos empregados em odontopediatria. Universidade Nove de Julho – UNINOVE, 2017. 202 p.
19. Toupenay et al. Amelogenesis imperfecta: therapeutic strategy from primary to permanent dentition across cases report. BMC Oral Health. 2018; 18:108. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 24
20. Neville, BW et al. JE. Patologia oral & maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
21. Procopio, I et al. Frenotomia lingual em lactentes. Revista Da Faculdade De Odontologia – UPF. 2017; 22(1).
22. Palmeira, M T et al. Dente natal e neonatal: diagnóstico e conduta terapêutica. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2017; 29, n. 2, p. 149-153.
23. Nogueira, JSE et al. Doença de Riga-Fede: relato de dois casos – um conservador e outro radical. REV ASSOC PAUL CIR DENT. 2014; 68(2):100-4.
24. Mohan RPS et al. Acute primary herpetic gingivostomatitis. BMJ Case Reports, 2013.
25. GDOD FEDERAL. Protocolo de Atenção à Saúde - Odontopediatria. 2016, p.5, 14-15.
26. Costa, A. C. B. P. Avaliação da Terapia Fotodinâmica em Candida albicans in vitro e in vivo. 2011. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista “Julio de

- Mesquita Filho”, São José dos Campos, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/95047>. Acesso em: 25 jul. 2020
27. Núñez SC; Ribeiro, MS; Garcez, AS. PDT – Terapia fotodinâmica antimicrobiana na odontologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 253p.
28. Afroozi, B; et al. Comparison of the efficacy of indocyanine green-mediated photodynamic therapy and nystatin therapy in treatment of denture stomatitis. *PhotodiagnosisandPhotodynamicTherapy*. 2019, 27, p. 193-197. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31185323>. Acesso em: 25 jul. 2020.
29. Hsieh, YH et al. An in Vitro Study on the Effect of Combined Treatment with Photodynamic and Chemical Therapies on Candida albicans. *Internationaljournalof molecular sciences*. 2018, 19, 2, p.337. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364155>. Acesso em: 25 jul. 2020
30. Machado CV, Mendonça FL. Manual de urgências em Odontopediatria. 2019.
31. ABOPED. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 3a edição. 2020.
32. Andreasen, J.O. et al. Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. *Dent. Traumatol*, 2012.
33. Marzola C. Fundamentos de cirurgia buco maxilo facial. São Paulo: BigForms; 2008.
34. Pires, C.E. Ulotomia, Ulectomia e Germectomia em Pacientes Odontopediátricos. 2017. Artigo de Revisão Bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, 2017.
35. Figueira, M.C.P.R. Retenção Dentária Prolongada – etiologia, diagnóstico e tratamento: revisão narrativa. 2018. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265p.
37. Peres KG et al. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analyses. *ActaPaediatr*. 2015, v.104, n.467, p.54-61.
38. Figueredo, SF et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *ACTA paulista de enfermagem*. 2012, vol.25, nº3, p. 459-463.
39. MoimazSas et al. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Ciência & Saúde Coletiva* 16. 2011, p. 2477-2484.

40. Cota, ALS; De Assunção Costa, BJ. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. *Saúde e Pesquisa*. 2017, v. 10, n. 2, p. 365-371.
41. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS
Página 25
42. American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines on fluoride therapy. *Clinical Guidelines*. 2014; 171-4.
43. American Dental Association. Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. *JADA*. 2014; 145(2):190-1
44. Massara, M.L.A.; Barbosa, P.C. Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria/Associação Brasileira de Odontopediatria. 2. Ed. – São Paulo: Santos, 2013.
45. Urquhart O, Tampi MP, Pilcher L, Slayton RL, Araujo MWB, Fontana M, et al. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Dent Res*. 2019;98(1):14-26
46. Carey CM. Focus on Fluorides: Update on the use of fluoride for the prevention of dental caries. *J Evid Based Pract*. 2014; Suppl:95-102
47. Leal, S; Hilgert, L; Duarte, D. Odontologia de Mínima intervenção: dentes funcionais por toda a vida! Nova Odessa, SP: Napoleão, 2020. 164p (Coletânea CIOSP, v.6)
48. Ruiz DR et al. Guia de Saúde Oral Materno Infantil. 2018. Disponível em:
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia-de-Saude_Oral-Materno-Infantil.pdf. Acesso em 12/08/2020.
49. Marinho VCC, Chong L, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;29:7.
50. Zhao IS, G et al. Mechanisms of silver diamine fluoride on arresting caries: Literature Review. *J Health Sci*. 2018; 68(2) 67-76.
51. Mei ML et al. The inhibitory effects on silver diamine fluoride at different concentrations on matrix metalloproteinases. *Dental Materials*. 2012; 28(8):903-908
52. Navarro, M.F.L.; Leal, S.C.; Molina, G.F.; Villena, R.S. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2015;69(3):289-301
53. Mc Donald S et al. Managing the paediatric patient with amelogenesis imperfecta. *British Dental Journal*. 2012; 212(9), 425-428

54. Ellis III, E et al. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro, 2015.

55. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal (Reme-DF). 2ª Edição. Outubro de 2021. Brasília, DF.

Anexo 1 - Termo de Esclarecimento de Responsabilidade em Odontopediatria

Eu, _____,
responsável pelo menor _____, autorizo
o tratamento odontológico em que poderá ser realizado exame clínico, orientação de higiene
bucal, dieta, escovação supervisionada, profilaxia, aplicação tópica de flúor, restauração,
tratamento endodôntico e exodontia, de acordo com a necessidade.

Em algumas situações, por questões de segurança da criança e da equipe, podem ser
necessários procedimentos, como o controle de voz e a estabilização protetora (pais contendo
a criança e/ou imobilização com lençol).

Todos os procedimentos são embasados cientificamente.

Fui esclarecido(a) e autorizo o tratamento, e caso seja necessário, a estabilização
protetora.

(Responsável)

DATA: ____/____/____