



## Protocolo de Atenção à Saúde

# [ODONTOPEDIATRIA]

**Área(s):** [Odontologia]

Portaria SES-DF Nº 287 de 02 de Dezembro de 2016, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016.

### 1- Metodologia de Busca da Literatura

#### 1.1 Bases de dados consultadas

[Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolos da SES/DF.]

#### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

[Odontopediatria, dente decíduo, cárie precoce, higiene bucal, higiene bucal do bebê.]

#### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

[ Considerou-se o período de 1982 a 2015, totalizando 32 textos. ]

### 2- Introdução

[A odontopediatria é a especialidade odontológica que cuida da saúde bucal das crianças. Sabe-se que o grande medo apresentado pelos pacientes adultos na cadeira do dentista tem origem nas experiências negativas de tratamentos odontológicos ocorridos na infância. Por esse motivo, o papel do odontopediatra é de grande relevância na odontologia. Os odontopediatras são responsáveis pelo atendimento das crianças desde bebês até adolescência.

O exercício da odontopediatria é abrangente, pois não se limita somente à prevenção e à solução dos problemas bucais. O odontopediatra desempenha importante papel no que tange aos aspectos psicológicos e educacionais do pequeno paciente. Portanto, a odontopediatria visa à execução de tratamentos odontológicos dentro de rigores técnicos e à

prevenção de possíveis traumas psicológicos gerados pelo tratamento dentário nas crianças.

A prática da clínica odontológica infantil evidencia que as crianças apresentam algumas peculiaridades, como crescimento e desenvolvimento, biodinâmica, respostas teciduais e orgânicas, comportamento e estrutura de personalidade<sup>17</sup>. Essas peculiaridades fazem com que os métodos semiológicos e as técnicas de exame físico tenham uma abordagem diferente da realizada no adulto, apesar de possuírem a mesma finalidade diagnóstica e terapêutica<sup>17</sup>.

Todo cirurgião-dentista que se propõe a atender o paciente infantil deve ter em mente que o comportamento da criança é crucial<sup>17</sup> para um atendimento bem-sucedido, pois muitas vezes a não cooperação do paciente pode inviabilizar o seu atendimento. A relação entre o dentista e a criança é a base fundamental na prevenção de traumas psicológicos e fundamental no tratamento, sendo que a psicologia é a principal ferramenta dessa relação<sup>17</sup>; o paciente bem conduzido na clínica de odontopediatria se sentirá mais confiante e descontraído durante o tratamento, que culminará com seu sucesso.

O atendimento das crianças na rede pública do DF acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). ]

### **3- Justificativa**

[O objetivo deste protocolo é padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento dos usuários, objetivando a redução na incidência de cárie dentária na população infantil, infecções de origem odontogênica, diminuir o número de atendimentos emergenciais e conseqüentemente as internações hospitalares de origem odontológica. Objetiva-se também aumentar o número de ações preventivas em saúde bucal. ]

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

[Z 01.2 EXAME DENTÁRIO,  
B 00 INFECÇÕES PELO VÍRUS DO HERPES (HERPES SIMPLES),  
B 00.2 GENGIVOESTOMATITE E FARINGO-AMIGDALITE DEVIDO AO VÍRUS DO HERPES SIMPLES,  
B 00.8 OUTRAS FORMAS DE INFECÇÃO DEVIDO AO VÍRUS DO HERPES,  
K 00.3 DENTES MANCHADOS, ESMALTE MANCHADO, FLUOROSE DENTÁRIA,  
K 00.4 DISTÚRBIOS NA FORMAÇÃO DOS DENTES,  
K 00.5 ANOMALIAS HEREDITÁRIAS DA ESTRUTURA DENTÁRIA NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE,  
K00.8 OUTROS DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO DOS DENTES,

K 00.9 DISTÚRBO NÃO ESPECIFICADO DO DESENVOLVIMENTO DENTÁRIO,  
K 02.0 CÁRIE DE ESMALTE,  
K 02.1 CÁRIE DE DENTINA,  
B 37 CANDIDÍASE,  
B 37.0 ESTOMATITE POR CÂNDIDA,  
K 02.4 ODONTOCLASIAS,  
K 02.8 OUTRAS CÁRIES DENTÁRIAS,  
K 02.9 OUTRAS CÁRIES DENTÁRIAS SEM ESPECIFICAÇÃO,  
K 03.0 ATRITO DENTÁRIO EXCESSIVO,  
K 03.2 EROSÃO DENTAL,  
K 03.6 DEPÓSITO NOS DENTES: TÁRTARO,  
K 03.7 ALTERAÇÕES PÓS ERUPTIVAS DA COR DOS DENTES,  
K 04.0 PULPITE, ABCESSO, PÓLIPO, PULPITE AGUDA SUPURATIVA,  
K 04.1 NECROSE PULPAR,  
K 04.2 DEGENERAÇÃO DA POLPA,  
K04.7 ABCESSO PERIAPICAL SEM FÍSTULA,  
K 04.9 OUTRAS DOENÇAS DA POLPA,  
K 05.0 GENGIVITE AGUDA,  
K 05.4 PERIODONTOSE,  
K 05.5 OUTRAS DOENÇAS PERIODONTAIS,  
K 05.6 DOENÇAS PERIODONTAIS NÃO ESPECIFICADAS,  
K00.6 DISTÚRBIOS DA ERUPÇÃO DENTÁRIA,  
K 08.0 EXFOLIAÇÃO DENTAL DEVIDO A CAUSAS SISTÊMICAS,  
K 08.1 PERDA DE DENTES DEVIDO A ACIDENTES,  
K 08.3 RAIZ DENTÁRIA RETIDA,  
K 09.0 CISTO ODONTOGÊNICO DE DESENVOLVIMENTO,  
K 09.1 CISTO DE DESENVOLVIMENTO NÃO ODONTOGÊNICO,  
K 11.6 MUCOCELE DE GLÂNDULA SALIVAR,  
K 12 ESTOMATITE E LESÕES CORRELATAS,  
K 12.0 AFTAS BUCAIS RECIDIVANTES,  
S 02.5 FRATURA DE DENTES. ]

#### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

[O diagnóstico é realizado pelo cirurgião dentista e é eminentemente clínico por meio de exame físico intra e extra-oral. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o usuário deve comparecer as unidades radiológicas da rede portando ficha solicitação de exame (anexo I) para marcação de consulta e exame.

• Cárie dentária - a cárie dentária é uma doença infecciosa<sup>4</sup> multifatorial e progressiva, raramente auto-limitante e, na ausência de tratamento, pode progredir até destruir totalmente a estrutura dentária. De acordo com a progressão da lesão cariiosa, podemos classificá-las, segundo o instrumento CAST (Caries Assessment Sprectrum and Treatmeant)<sup>31</sup> :

- ✓ *Escore 0 – Hígido* – Não há presença de evidência visível nítida de lesão cariiosa.
- ✓ *Escore 1 – Selante* – Fóssulas e/ou fissuras estão ao menos parcialmente cobertas com um material selante.
- ✓ *Escore 2 –Restauração* - A cavidade está restaurada com um material restaurador indireto ou direto.
- ✓ *Escore 3 – Esmalte* - Nítida mudança visual no esmalte, somente. É visível uma evidente descoloração de origem cariiosa, que apresenta ou não ruptura localizada do esmalte.
- ✓ *Escore 4 – Dentina* – Descoloração interna relacionada à cárie em dentina. A dentina descolorida é visível através do esmalte, que pode ou não apresentar ruptura localizada.
- ✓ *Escore 5 –Dentina* – Cavitação nítida em dentina. A câmara pulpar está intacta.
- ✓ *Escore 6 – Polpa* – Envolvimento da câmara pulpar. Cavitação nítida envolvendo a câmara pulpar ou presença somente de restos radiculares.
- ✓ *Escore 7 – Abscesso/Fístula* – Presença de um inchaço contendo pus ou um trato liberando pus, relacionado à um dente com envolvimento pulpar.
- ✓ *Escore 8 – Perdido* – O dente foi removido devido à cárie dentária.
- ✓ *Escore 9 – Outros*–Não corresponde às demais descrições.

• Cárie precoce da infância (CPI) – é definida pela presença de uma ou mais superfícies cariadas (com ou sem cavidade), perdidas (devido à cárie dentária) ou restauradas em qualquer dente decíduo em uma criança com até 5 anos de idade<sup>23</sup>.

• Defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE) – são distúrbios na formação da matriz dentária, na função celular e na regulação do desenvolvimento, ocorridos durante a amelogênese. Os defeitos de esmalte podem ser localizados afetando um único ou múltiplos dentes, em grau variável, tanto na dentição decídua como na permanente<sup>25</sup>.

o Opacidade de esmalte – são defeitos qualitativos que alteram a translucidez do esmalte devido a distúrbios na mineralização. Podem ser demarcadas ou difusas<sup>26</sup>.

o Hipoplasia de esmalte – a hipoplasia do esmalte é uma formação incompleta ou deficiente da matriz orgânica do esmalte. É definida como um defeito quantitativo do

esmalte, provocando uma redução da sua espessura. Clinicamente, apresenta-se como manchas esbranquiçadas amareladas até acastanhadas, rugosas, sulcos ou ranhuras, bem como, outras alterações na estrutura do esmalte, comprometendo a estética do sorriso<sup>24,26</sup>.

o Hipomineralização Molar-Incisivo (MIH) – é um defeito qualitativo do esmalte dentário caracterizado por manchas hipoplásicas na superfície do esmalte dos primeiros molares permanentes, podendo afetar um ou os quatro molares da maxila e/ou mandíbula e incisivos permanentes<sup>8</sup>.

- Fluorose – é uma anomalia de desenvolvimento e ocorre por ingestão prolongada de flúor durante a formação dos dentes e maturação de esmalte<sup>1</sup>. Geralmente, o aspecto clínico é de manchas opacas no esmalte, em dentes homólogos, até regiões amareladas ou castanhas em casos de alterações mais graves<sup>14,15</sup>.

- Amelogênese imperfeita – é uma anormalidade de desenvolvimento na quantidade ou qualidade do esmalte dentário e ausência de alterações de ordem geral ou sistêmica. Pode acometer tanto a dentição decídua quanto a permanente<sup>20</sup>.

- Dentinogênese imperfeita – é um distúrbio na formação da dentina onde o esmalte dentário apresenta-se com tendência a lascas nas superfícies incisais dos dentes anteriores e superfícies oclusais dos dentes posteriores. A dentina exposta, que possui consistência amolecida, sofre rápida atrição, podendo, ocasionalmente, tornar-se lisa e contínua com o tecido gengival<sup>21</sup>.

- Dente natal – ocorre quando um ou mais dentes estão presentes ao nascimento do bebê. Ocorre mais frequentemente na região dos incisivos inferiores<sup>10</sup>.

- Dente neonatal - quando o dente erupciona no período entre o nascimento e o primeiro mês de idade<sup>10</sup>.

- Doença periodontal – inclui gengivite e periodontite e caracteriza-se por inflamação das gengivas e do tecido de sustentação, respectivamente.

- Mucocele/Rânula – lesão bastante comum na mucosa oral. Trata-se de uma lesão não-infecciosa com acúmulo de mucina que leva a uma reação inflamatória localizada<sup>16</sup>. Quando ocorre no assoalho bucal, denomina-se rânula.

- Abscesso periapical – infecção de origem endodôntica e/ou periodontal, podendo causar edema local e dor.

- Cisto de erupção – é um cisto de tecido mole que ocorre no momento na erupção dos dentes decíduos. A cor destas lesões pode variar de normal a azul-escuro ou marrom. Se o traumatismo é intenso sobre essas lesões, são denominadas hematoma de erupção<sup>22</sup>.

- Gengivoestomatite herpética – infecção comum que aparece em crianças de 2 a 4 anos com sinais de edema gengival, eritema e ulceração na mucosa oral (língua, lábios, palato duro e mole) causada pelo herpes vírus simples<sup>19</sup>.

- Mordida de lábio – nas crianças, é frequente a mordida no lábio após a anestesia superior ou inferior. A criança, diante da estranha sensação produzida pela anestesia, morde o lábio, cujo ferimento é passível de infecção<sup>17</sup>.

- Nódulos de Bohn – pequenos cistos localizados ao longo das cristas ósseas alveolares<sup>27</sup> em bebês.

- Pérolas de Epstein – pequenos cistos localizados ao longo da linha média do palato de bebês, sem qualquer relação com odontogênese<sup>27</sup>.

- Traumatismos dentários na dentição decídua - são lesões causadas por trauma que acometem tecidos moles e/ou dentes. É uma situação frequente na atividade clínica de odontopediatria.

- Anquiloglossia- A anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento da língua caracterizada por freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua, conferindo uma sensação de língua presa. ]

## 6- Critérios de Inclusão

[

- Possuir cartão SUS.
- Usuário deve ser residente na área de abrangência do centro de saúde de sua referência (cartão Centro de Saúde).
- Crianças com deficiência e aquelas com fissura lábio-palatais possuem prioridade de atendimento no âmbito da atenção primária (porta de entrada). ]

## 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 referenciadas (guia de consulta nº6600 preenchido – ANEXO II) às Unidades de Referência Especializada e Hospitalar<sup>1</sup>.
- Criança com estado de saúde geral descompensado deve ser, primeiramente, estabilizado pelo médico. Nesses casos, há necessidade de laudo médico para atendimento odontológico na UBS. ]

## 8- Conduta

[O primeiro atendimento da criança é um acontecimento muito importante. Medidas preparatórias deverão ser tomadas com a finalidade de recepcioná-la em um ambiente

adequado para ela. O acolhimento é realizado pela equipe de saúde bucal, o que inclui dentista e/ou THD.

Dentre as atribuições do cirurgião dentista, destacamos<sup>2</sup>:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão técnica do técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD); e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Dentre atribuições do técnico em higiene dental (THD), também destacamos:

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACD e dos agentes comunitários de saúde (ASB) nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Os equipamentos odontológicos, quando instalados em ambientes agradáveis, são aceitos sem receio pela criança. Em tais ambientes e com os adequados conhecimentos de psicologia infantil, o cirurgião-dentista estará preparado para motivar o paciente e ganhar a sua confiança para as intervenções que se fizerem necessárias, principalmente no primeiro atendimento, de cujos resultados dependem os atendimentos futuros<sup>17</sup>.

As manifestações de medo e ansiedade pela criança poderão ser eliminadas ou atenuadas por meio de procedimentos profiláticos. Estes nada mais são que simples passos de orientação preventiva, usados na rotina de consulta, visando ampliar o campo perceptivo da criança em relação ao tratamento odontológico, quer seja pela primeira vez ou quando ela já tenha uma experiência prévia<sup>17</sup>. Dentre os procedimentos, destacam-se as técnicas de condicionamento do comportamento infantil, que objetivam construir uma relação de confiança entre o profissional e a criança.

### **Técnicas de controle do comportamento infantil<sup>17</sup>**

Diga – mostre –faça→ serve para conscientizar a criança com relação aos elementos do consultório e fazer associações positivas com elementos odontológicos.

Técnica da distração→ utiliza os recursos de projeção de filmes ou até mesmo a reprodução da imagem da criança durante o atendimento, de forma que seja visível ao paciente.

Técnica de relaxamento→ consiste em colocar o paciente num estado de relaxamento, respirando profundamente, e com a gradual exposição aos estímulos odontológicos causadores de medo e ansiedade.

Reforço positivo→ a criança é recompensada pelo dentista pelo bom comportamento durante a consulta.

Uso de modelos→ consiste em usar a criança durante o tratamento como modelo a ser observado por outras crianças.

A comunicação é fundamental no processo de interação dentista-paciente. Sem uma comunicação adequada, muito pouco poderá ser obtido da criança em termos de cooperação e aceitação do tratamento odontológico<sup>17</sup>.

O fator tempo também interfere no comportamento infantil. O menor tempo de duração no atendimento tem sido cada vez mais preconizado pelos autores. As consultas deverão ser limitadas, segundo Finn (1967), em trinta minutos até uma hora, pois, além disso, o paciente se torna estressado, perdendo a compostura e a cooperação<sup>17</sup>.

Após a fase de avaliação de saúde geral e preenchimento do termo de esclarecimento e de responsabilidade (TER), o profissional dará início à adaptação da criança à necessidade odontológica. Talvez seja essa ação que evidencie com maior nitidez a diferença entre a odontologia para adultos e crianças. Cabe aos pais ou responsáveis, no entanto, a responsabilidade de construir o sistema de valores que, em última análise, pode melhorar ou prejudicar a performance odontológica da criança<sup>17</sup> (anexo II).

#### Organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo<sup>1</sup>

- Bebês (0 a 24 meses)

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem<sup>1</sup>.

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos<sup>1</sup>.

A partir da erupção dos primeiros molares decíduos, o risco de cárie se eleva em 30%. Por isso, é de grande importância a orientação do odontopediatra na primeira infância (janela de infectividade). Os pais, por sua vez, encontram-se mais receptivos para receber informações nesta etapa e também desenvolver hábitos saudáveis de saúde bucal.

Para prevenir a má-oclusão dentária, hábitos bucais não nutritivos, tais como sucção de chupeta, dedo ou mamadeira<sup>1</sup>, não são recomendados. Estes hábitos podem causar vários danos, entre eles: desmame precoce, ingurgitamento mamário, otites, candidíase, alterações no palato, na deglutição, na respiração, no vedamento labial, além de mordida aberta e mordida cruzada posterior.

Ademais, o uso de chupetas e mamadeiras compromete o crescimento facial e interfere no desenvolvimento adequado dos músculos mastigatórios, uma vez que os músculos utilizados na amamentação são diferentes daqueles usados na sucção não nutritiva. Além disso, crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite<sup>33,37</sup>.

O governo brasileiro e órgãos representativos no Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, visto que o leite materno contém tudo o que o bebê necessita até o 6º mês de vida, inclusive água<sup>37</sup>.

Higiene bucal: A limpeza da cavidade bucal é normalmente iniciada após a erupção do primeiro dente<sup>38,39</sup>. A higiene pode ser feita com fralda limpa, gaze embebida em água filtrada/soro ou dedeira de silicone. Esse cuidado deve ser continuado mesmo após o irrompimento de outros dentes anteriores. Entretanto, a partir do nascimento do primeiro dente posterior, que ocorre entre 12 e 18 meses, é indispensável realizar a higiene bucal (dentes e dorso da língua) com uma escova dental com tamanho adequado à boca do bebê e cerdas macias. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos pode-se usar o mínimo possível de dentífrico (quantidade equivalente a um grão de arroz cru). Um cuidado particularmente importante é ensinar a criança a não engolir a espuma do creme dental, já que o excesso pode provocar a fluorose. O dentífrico deve ser mantido fora do alcance das crianças. A higienização deve ser realizada pelos pais ou responsáveis<sup>1,37,39</sup>.

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria<sup>38</sup>, a higiene oral com pasta de dentes fluoretada nos bebês e crianças deve ser realizada no mínimo duas vezes ao dia: após o café da manhã e na última refeição antes de dormir à noite. Esta escovação é a mais

importante sob o ponto de vista de prevenção da cárie. Atentando-se para o fato que a qualidade da higiene bucal é mais importante que a frequência<sup>40</sup>.

Além disso, deve ser desestimulado o consumo de alimentos açucarados, principalmente aqueles que contêm sacarose, como biscoitos e sucos industrializados, nos intervalos das refeições. As orientações dietéticas para a prevenção da cárie em bebês devem prever o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, introduzindo de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais; bem como o alerta sobre os perigos da alimentação noturna após a erupção dental, especialmente se for em livre demanda. Deve ser evitada a utilização do açúcar nos dois primeiros anos de vida<sup>39</sup>. Recomenda-se seguir a “Orientação dos 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos”<sup>36</sup>.

- Crianças (02 a 09 anos)

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal<sup>1</sup>.

Em torno dos 06 anos, os incisivos e molares permanentes iniciam sua erupção. Nesta fase, deve-se reforçar a importância da higiene nos dentes permanentes recém-erupcionados. Alguns fatores, denominados hábitos deletérios, predispõem à má-oclusão e devem ser trabalhados no processo educativo<sup>1</sup>. Sucção de chupeta, sucção digital, interposição lingual, onicofagia (hábito de roer unha), devem ser desestimulados, uma vez que podem trazer graves problemas de oclusão, dependendo da forma, frequência, duração e intensidade do hábito. O profissional deve enfatizar aos pais a importância das crianças consumirem frutas e verduras diariamente, evitando o consumo excessivos de carboidratos na dieta.

O ambiente do consultório contém elementos ansiogênicos ou indutores de ansiedade. Esses elementos vão desde a visão do instrumental, da cadeira, dos equipamentos, até os sons e odores. É sugerido, de acordo com a técnica diga-mostre-faça, a familiarização com os elementos presentes no consultório antes da ação ou do tratamento dentário propriamente dito<sup>17</sup>.

A técnica do diga-mostre-faça, preconizada por Addelton em 1959 serve para conscientizar a criança com relação aos elementos do consultório e fazer associações positivas com elementos odontológicos. É oportuno lembrar que essa técnica deverá ser usada em crianças que já possuam uma maior capacidade de compreensão e colaboração, isto é, acima de dois anos de idade. O dentista deverá utilizar uma linguagem e conceitos que facilitem o entendimento da criança, para que possa fazer novas e mais agradáveis associações<sup>17</sup>.

Primeiramente, é preciso que o dentista e quem o auxilie se apresente à criança, pois ela deve conhecer e identificar aqueles que vão cuidar dela. Em seguida, o dentista conduz a criança até a cadeira odontológica, onde poderá usar termos comparativos, como “cadeira espacial”, dependendo do nível de desenvolvimento da criança e tendo cuidado de explicar que a cadeira sobe e desce, se inclina para a frente e para trás, obedecendo ao comando do dentista, e que faz ruído quando é acionada<sup>17</sup>.

À apresentação da cadeira, segue-se a apresentação da luz e das seringas de água e ar, sendo que o treinamento com água e a explicação da sua finalidade são fatores importantes com relação à familiarização<sup>17</sup>.

A estabilização protetora, antes denominada contenção física, é um recurso usado para procedimentos breves, cujo objetivo é o conforto da criança, especialmente útil para aquelas com movimento corporal involuntário<sup>17</sup>. Essa técnica também visa à proteção do paciente, pois movimentos involuntários ou agressivos durante o tratamento odontológico são fatores de risco para iatrogenias, e dificultam sobremaneira a realização dos procedimentos. Caberá ao profissional analisar e julgar qual o melhor método para conduzir cada paciente. Naturalmente, os pais devem estar cientes, esclarecidos e de acordo com o método a ser empregado.

Para sua realização o dentista lança mão de diferentes métodos, desde a contenção pelos braços (ou abraço) do responsável ou o uso de faixas, lençóis, coletes, ataduras e outros artifícios.

A equipe deve ser treinada para a realização da estabilização protetora, de modo a agir coordenadamente e de maneira calma e segura. O paciente estabilizado deve ser observado continuamente pela equipe durante todo o atendimento.

É importante salientar que a estabilização protetora não deve ser encarada como punição, mas sim como uma forma de proteção.

Higiene bucal: escovação contínua, sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas, à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. Neste período, é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, na medida em que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. Reforçar a importância de se usar o mínimo possível de dentífrico, pois a ingestão ainda ocorre nessa idade. Na medida do possível, crianças com menos de 06 anos devem fazer uso de dentífrico fluoretado sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão. O dentífrico deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto<sup>1</sup>. O uso de fio dental deve ser introduzido quando houver ponto de contato entre os dentes<sup>40</sup> e com ajuda de um adulto<sup>1</sup>. A frequência de escovação deve ser no mínimo duas vezes ao

dia: após o café da manhã e na última refeição antes de dormir, de acordo com a Associação Brasileira de Odontopediatria<sup>38</sup>.

O tratamento cariológico antigo, e já ultrapassado, baseava-se no tratamento restaurador e em informações padronizadas com relação à higiene bucal, aplicação tópica de flúor e proibição de consumo de sacarose. Atualmente, o atendimento é individualizado e está baseado na avaliação do caso, determinação da atividade de cárie e inclui: tratamento antimicrobiano, disciplina no consumo de sacarose, aconselhamento dietético, tratamento individualizado com flúor, delegação da execução das medidas de controle da doença e cooperação do paciente<sup>40</sup>. Portanto, deve ser implantado um programa preventivo de saúde bucal individualizado baseado na avaliação de risco de cárie e avaliação de risco de doença periodontal<sup>39</sup>.

- Adolescentes (10 a 19 anos)

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar nesta faixa etária a ideia do autocuidado e da importância da saúde bucal<sup>1</sup>.

Com a aproximação da idade adulta, cresce o risco às doenças periodontais e também ocorre a redução do risco biológico à cárie. Observa-se alta incidência de gengivite e pode ocorrer uma doença, de baixa prevalência, não exclusiva, mas própria desta faixa etária, a periodontite juvenil localizada ou generalizada<sup>1</sup>.

Entre os 17 e 21 anos há, geralmente, erupção dos terceiros molares, na maioria das vezes em local de difícil acesso, o que exige cuidado especial na sua escovação. Nesta fase, a maioria dos dentes permanentes de maior risco à cárie já estão erupcionados<sup>1</sup>.

Higiene bucal: estimular a escovação e o uso de fio dental. Comentários sobre como o cuidado da saúde bucal torna o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável podem estimular o autocuidado. Escutar o adolescente/jovem sempre antes de trabalhar os conceitos e a introdução de novos hábitos, conduzindo a conversa para temas de seu interesse. As gengivas sangrando fazem com que muitas vezes o adolescente não escove a área que apresenta problemas. Orientar que, quanto mais escovar e passar fio dental na área afetada, mais rápido as condições da região poderão melhorar<sup>1</sup>.

Fumo e álcool: a adolescência é uma época de experimentação. É importante trabalhar com essa faixa etária o risco desses hábitos para a saúde geral, além de poderem causar mau hálito, câncer bucal, mancha nos dentes ou doença periodontal<sup>1</sup>.

Dentre os achados clínicos mais comuns na cavidade oral, após correto diagnóstico a conduta esperada para tratamento segue abaixo:

- Lesão de cárie - instrução de higiene oral, fluoroterapia – verniz ou gel para lesões ativas, controle da dieta, ART e restauração.
- Pulpotomia dentária - tratamento da polpa coronária, mantendo a vitalidade e funcionalidade da polpa radicular de dentes decíduos e permanentes<sup>11</sup>. (Indicado exame radiográfico inicial para o correto diagnóstico).
- Pulpectomia dentária - indicado exame radiográfico inicial para o correto diagnóstico. Encaminhar o paciente com o exame radiográfico realizado, quando possível, do elemento com necessidade de endodontia e com a Guia de Consulta nº6600 (anexo III) em duas vias devidamente preenchida.
- Exodontia – Indicado exame radiográfico inicial para o correto diagnóstico.
- MIH – acompanhamento e medidas preventivas nos casos mais leves. O tratamento restaurador proposto com cimento de ionômero foi considerado eficaz nos casos de dentes com MIH<sup>28</sup>. Devido ao índice de sucesso da manutenção dos dentes com MIH e restaurados com cimento de ionômero de vidro ser alta, tratamentos mais invasivos, quando possível, devem ser postergados até que a criança apresente maturação emocional suficiente para cooperar com o tratamento<sup>29</sup>.
- Fluorose - acompanhamento clínico nas formas mais brandas. Já nas formas severas, a microabrasão ou restauração em resina está indicada.
- Hipoplasia do esmalte – o tratamento deve ser de acordo com o grau de severidade dessa anomalia. Vários protocolos de tratamento podem ser realizados, desde clareamento, microabrasão, restaurações estéticas diretas e/ou coroas unitárias<sup>24</sup>.
- Amelogênese imperfeita e dentinogênese imperfeita – a SES-DF oferece o tratamento restaurador convencional, o que exclui o tratamento com coroas protéticas.
- Cisto de erupção – normalmente os dentes irrompem através da lesão, portanto, nenhum tratamento é necessário<sup>22</sup>. Se houver agravamento dos sintomas, indica-se intervenção cirúrgica.
- Mordida no lábio - o tratamento é relacionado ao sintoma. Uso de analgésicos e soluções antissépticas, que previnem a ocorrência de infecções secundárias, são indicados. Contudo, o melhor é prevenir a mordida no lábio informando ao paciente e aos pais<sup>17</sup>.
- Gengivostomatite herpética – o tratamento é sintomático. Analgésicos e antipiréticos, além da manutenção da higiene bucal. Antibióticos são contraindicados, a menos que ocorra infecção secundária<sup>19</sup>. Outra opção é a fototerapia com laser de baixa intensidade, que atua acelerando o ciclo de evolução da lesão.

Quando aplicada no início da fase prodrômica, pode evitar o aparecimento de lesões ou ainda, se a fase prodrômica já estiver no fim, acelera a erupção das vesículas<sup>30</sup>.

- Amelogênese Imperfeita e Dentinogênese Imperfeita – a SES-DF oferece o tratamento restaurador convencional, o que exclui a instalação de coroas protéticas.
- Escavação – ART – o tratamento restaurador atraumático (ART) é um procedimento clínico minimamente invasivo para prevenir cárie dentária e também para paralisar sua progressão<sup>12</sup>. É indicado como complemento das medidas preventivas e educativas. Consiste na remoção seletiva do tecido cariado (dentina infectada), com o uso de curetas e posterior restauração com ionômero de vidro quimicamente ativado ou fotoativado, também no selamento de sulcos e fissuras cariadas (selantes-ART)<sup>12</sup>. Além de melhorar consideravelmente as condições bucais do paciente, é um procedimento indolor. O ART tem como principal objetivo manter os dentes na cavidade bucal, melhorando as condições de saúde, favorecendo o gerenciamento do comportamento (condicionamento) do paciente ao tratamento odontológico<sup>3</sup>. Alguns autores citam o Tratamento Restaurador Atraumático como uma estratégia operatória que provoca menos desconforto do que outros tratamentos convencionais em odontologia e, ainda, pode ser considerado uma solução de tratamento para aquelas lesões de cárie em dentina em crianças, pacientes ansiosos e fóbicos<sup>18</sup>.
- Anquiloglossia – frenectomia. ]

### 8.1 Conduta Preventiva

[ Um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar<sup>2</sup>.

- Atividade educativa / Orientação em grupo – procedimento coletivo realizado por cirurgião-dentista (CD) e/ou técnico em higiene bucal (THD) que visa mudar atitudes em relação ao processo saúde-doença, de modo que o usuário possa atuar com autonomia, ativamente e consciente de seu papel e da importância das ações<sup>11</sup>.
- Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel – procedimento realizado por CD ou THD (sob supervisão do cirurgião-dentista) de aplicação tópica de flúor em gel por grupos populacionais, utilizando-se escova dental, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação<sup>11</sup>.

- Ação coletiva de escovação supervisionada - procedimento coletivo realizado por CD e/ou THD de escovação dental, com ou sem evidenciação do biofilme bacteriano. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde<sup>11</sup>.
- Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica - Procedimento coletivo realizado por CD auxiliado por THD. Consiste na avaliação de estruturas da cavidade bucal para diagnóstico, segundo critérios epidemiológicos; em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações em saúde<sup>11</sup>.
- Primeira consulta odontológica programática - procedimento individual realizado por CD com o auxílio do THD. Fazem-se avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo –terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se 01 (uma) consulta/ano por pessoa<sup>11</sup>.
- Aplicação de selante - procedimento individual realizado por CD e/ou THD (sob supervisão do CD) de aplicação de material selador por dente em pontos, sulcos e/ou fissuras, realizado com finalidade preventiva e terapêutica das lesões de cárie<sup>11</sup>.
- Aplicação tópica de flúor - procedimento individual realizado por CD e/ou THD (sob supervisão do CD) de aplicação tópica de flúor, na forma de gel ou na forma de verniz, podendo usar pincéis, escova dental, moldeira e outras formas de aplicação, a fim de prevenir e/ou remineralizar os dentes com ou sem lesões. O número de sessões deve ser definido segundo padrões técnico-científico de abordagem do caso<sup>11</sup>.
- Evidenciação de placa bacteriana - procedimento individual realizado por CD ou THD com utilização de substâncias corantes para evidenciar a placa bacteriana<sup>11</sup>.
- Selamento provisório de cavidade - procedimento individual realizado por CD com o auxílio de THD (o THD pode fazer a inserção do material restaurador provisório na cavidade dentária sob supervisão do CD). Compreende o fechamento de cavidade, com ou sem preparo cavitário, para fins de restauração, com o objetivo de redução da microflora bucal, ou de terapia expectante, como etapa intermediária até que a restauração definitiva seja executada. Incluem-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intrabucal, controle epidemiológico da cárie e a restauração provisória, dentre outras<sup>11</sup>.

- Profilaxia profissional - a limpeza profissional dos dentes tem por objetivo eliminar a placa bacteriana de todas as superfícies dentais, devendo-se realizar com o uso de pedra pomes misturada com água ou pastas profiláticas não oleosas. Nas superfícies lisas, deve-se utilizar a taça de borracha. Nas superfícies de sulcos, fossas e fissuras, escova de Robbinson, e nas proximais, fio dental. Há também a possibilidade de uso do jato de bicarbonato. A frequência da limpeza profissional deverá ser realizada de acordo com o risco e/ou atividade de cárie de cada paciente<sup>3</sup>. ]

## 8.2 Tratamento Não Farmacológico

[Ações de promoção de saúde: escovação supervisionada, profilaxia profissional, uso de fluoretos e selantes, orientação de higiene oral, controle de placa, aconselhamento dietético, restaurações ART, participação nas atividades de grupo da UBS e outros serviços de atenção primária à saúde (APS). ]

## 8.3 Tratamento Farmacológico

[ ]

### 8.3.1 Fármaco(s)

- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml - (nº DCB 03121).
- Paracetamol – solução oral 200 mg/ml – frasco 15 ml (nº DCB 06827)
- Ibuprofeno – suspensão oral 50mg/ml – frasco gotas 30 ml (nºDCB 04766)
- Amoxicilina - pó para suspensão oral 250 mg/5ml, frasco 150 ml – (nº DCB 00736)
- Cefalexina - suspensão oral 250 mg/5ml – frasco 100 - (nº DCB 01826)
- Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - (nº DCB 02230)
- Amoxicilina + Clavulanato de Potássio – pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml - (nº DCB 00137)
- Metronidazol - suspensão oral 200mg/5ml – frasco 80 ml - (nº DCB 05902)
- Nistatina – solução oral suspensão oral 100.000 UI/ml, frasco 50 ml - (nº DCB 06410). ]

### 8.3.2 Esquema de Administração

- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml – 1 gota/ kg peso, ministrado de 04/04 hrs<sup>13</sup>.
- Paracetamol – solução oral 200 mg/ml – 1 gota/kg peso, ministrado de 06/06hrs<sup>13</sup> (limite de 35 gotas por dose)<sup>32</sup>.

- Ibuprofeno – suspensão oral 100mg/5ml / solução oral gotas 200 mg/ml - 1 gota/ kg peso, ministrado de 06/06h ou de 08/08hrs (máximo 40 gotas)<sup>13</sup>.
- Amoxicilina - pó para suspensão oral 250 mg/5ml<sup>13</sup>
  - Crianças com menos de 20 kg – 20 a 50 mg/kg/dia – ministrado de 08/08h, de 07 dias
  - Crianças com mais de 20 Kg – 250 a 500 mg/dose – ministrado de 08/08h, de 07 a 10 dias
  - Crianças com mais de 40 kg – posologia igual do adulto
- Cefalexina - suspensão oral 250 mg/5ml – ministrar 25 a 50mg/Kg/dia de 08/08 horas de 07 a 10 dias.
- Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - ministrado de 08/08 h durante 07 dias
- Amoxicilina + Clavulanato de Potássio – pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml
  - Crianças com menos de 20 Kg – 20 a 40 mg/kg/dia – ministrado de 08/08h, durante 07 a 10 dias.
  - Crianças com mais de 20 kg - 250 a 500 mg/dose – ministrado de 08/08 hrs, durante 07 a 10 dias.
- Metronidazol - suspensão oral 200mg/5ml – ministrar 20mg/Kg/dia, de 06/06h, durante 07 dias.
- Nistatina – solução oral suspensão oral 100.000 UI/ml frasco 50 ml - bochechos diários 4 vezes ao dia, durante 14 dias. ]

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

[Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 10 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação à medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional. ]

## **9- Benefícios Esperados**

[Dentre os benefícios deste protocolo objetiva-se a redução nos índices de cárie dentária na população infantil, diminuir a incidência de infecções de origem odontogênica, diminuir o número de atendimentos emergenciais e conseqüentemente as internações hospitalares de origem odontológica e também aumentar o número de ações preventivas em saúde bucal. ]

## **10- Monitorização**

[ O número de atendimentos é individual e depende do estado clínico bucal que o paciente apresenta no momento de iniciar o tratamento, e será definido pelo cirurgião-dentista que o assiste. Em média, o intervalo entre consultas varia de 1 semana. ]

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

[O acompanhamento ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após término do tratamento odontológico. Quando o usuário conclui seu tratamento, ele já sai da UBS com o retorno programado agendado para 6 meses após.

O acompanhamento será realizado na UBS de referência ou no domicílio – atenção domiciliar - de acordo com risco individual de cárie e/ou doença periodontal a ser definido pelo cirurgião dentista.

No caso de crianças que concluíram seus tratamentos clínicos ou que vêm se mantendo saudáveis, recomenda-se o agendamento anual para escolares para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado<sup>1</sup> na UBS de referência. Para crianças de zero a seis anos, o acompanhamento é semestral. ]

## 12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

[  
Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar  
ciente que, nesta Unidade de Saúde, a criança  
\_\_\_\_\_receberá atendimento  
odontológico de acordo com a necessidade clínica e que me comprometo a trazer a criança às  
consultas agendadas, para tratamento. Comprometo-me também comparecer às atividades  
educativas, como palestras, ofertadas pela equipe de saúde bucal, estando ciente que o tratamento  
dentário da criança somente se iniciará após essas palestras. Faz parte do tratamento dentário:  
desde ações preventivas, como aplicação tópica de flúor, a ações curativas, como restaurações,  
remoção de tártaro e exodontias simples.

Declaro também estar ciente que o atendimento de urgência odontológica significa apenas  
aquele procedimento onde é removido a dor local de origem dentária, e o mesmo é realizado na UBS  
de referência.

Caso haja necessidade, autorizo o uso da estabilização protetora (com uso de faixas, lençóis,  
ataduras e outros artifícios) para o conforto e segurança da criança.

Diante disso, declaro estar esclarecido(a) e dou meu consentimento para iniciar o  
tratamento odontológico de \_\_\_\_\_ nesta unidade de saúde.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Odontólogo ]

## 13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

[A regulação, o controle e a avaliação das atividades através deste protocolo se  
refletirá em dados que serão coletados em cada unidade de saúde da SES-DF e analisados  
de forma mensal através do trackcare. Nas unidades sem trackcare será avaliado a  
produtividade mensal através das fichas de boletim de produção ambulatorial (BPA).

]

## 14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334-1228-2.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1
3. Política de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – 2005.
4. Fejerskov, O., Kidd, E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos, 2005. 352p.
5. Leika Aparecida IshiyamaGeniole et al. Saúde bucal por ciclos de vida. Campo Grande. Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.191p.
6. Cerise de Castro Campos et al. Clínica odontológica infantil: passo a passo. Goiânia: UFG/FO: FUNAPE, 2010. v.1, 50 p.
7. Santos, A.,P.,A., Maia, L.,C. Molar Incisor Hypomineralization: Morphological, Aetiological, Epidemiological and Clinical Considerations, Contemporary Approach to Dental Caries, Dr. Ming-Yu Li (Ed.), 2012, ISBN: 978-953-51-0305-9, InTech, DOI: 10.5772/37372. Available from: <http://www.intechopen.com/books/contemporary-approach-to-dental-caries/molar-incisor-hypomineralization-epidemiological-morphological-and-clinical-considerations>
8. Condò, R., C. Perugia, C., P. Maturo, P., R. Docimo, R. MIH: Epidemiologic clinic study in paediatric patient. Oral & Implantology. 2012, Anno V - N. 2-3.
9. Fayle, S.,A. Molar incisor hypomineralization: restorative management. Eur J PaediatrDent. 2003 Sep;4(3):121-6
10. Lemos, L.,V.,F. M., Shintome, L.,K. , Ramos, C.,J., Myaki, S.,I. Dentes natal e neonatal. Einstein. 2009; 7(1 Pt 1):112-3 <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333112663dente%20neonatal%20HIAE.pdf>
11. Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Necessidades Especiais da Secretaria de Saúde do DF. 38 p. Brasília, 2012.

12. Frencken, J.,E. Evolution of the the ART approach: highlights and achievements. J Appl Oral Sci. 2009; 17:78-83. <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v17nspe/14.pdf>
13. Terapia medicamentosa em Odontopediatria - <http://www.odontologia.ufpr.br/caogs/terapeutica.pdf>
14. Cangussu, M. C. T. et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):7-15, jan-fev, 2002.
15. Fejerskov, O., 1994. Fluorose Dentária – Um Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo: Editora Santos.
16. Aerts, D., Abegg, C., Cesa, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):131-138, 2004. <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>
17. Toledo, Orlando Ayrton. **Odontopediatria**. Fundamentos da Prática Clínica. 3 ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005. 390 p.
18. Leal SC, Menezes Abreu DM, Frencken JE. Dental anxiety and pain related to Atraumatic Restorative Treatment. J Appl Oral Sci 17 (sp.Issue): 84-88, 2009.
19. Pereira, M., B. Urgências e Emergências em Odontopediatria. Curitiba: Editora Maio, 2001. 168 p.
20. Brusco, L.,C., Brusco, E., H., C, Ruschel, H., C., Kramer, P., F., Amelogênese imperfeita – cinco anos de acompanhamento. RFO, v. 13, n. 1, p. 60-64, janeiro/abril, 2008.
21. Gonçalves, M., Gonçalves, A. Dentinogênese imperfeita - Tipo II: Relato de um caso. Passo Fundo, v. 4, n. 1, p.7-11, jan./jun. 1999.
22. Massara, Maria de Lourdes de Andrade, Rédua, Paulo César Barbosa. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2 ed. – São Paulo: Santos, 2013, 344 p.
23. Feldens, Carlos Alberto, Kramer, Paulo Floriani. Cárie dentária na infância: uma abordagem contemporânea. São Paulo: Santos, 2013, 312p.
24. Souza, J.,B., Rodrigues, P.,C.,F., Lopes, L.,G., Guilherme, A.,S., Freitas, G.,C.,F., Moreira, F.,C.,L. Hipoplasia do esmalte: tratamento restaurador estético. Robrac, 18 (47) 2009.
25. Rodrigues, G.,A. Análise das condições bucais em crianças sobreviventes ao câncer infantil. 2009. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília. 2009.
26. Ainamo, J., Cutress, T.,W. An epidemiological index of development defects of dental enamel (DDE index). IntDent J. 1982; 32:159-67.
27. Kignel, Sergio. Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. 500 p.

28. Vilani, P., N., L., Paim, A., S., Penido, C., V., S., R., Barra, S., G. Hipomineralização molar-incisivo: relato de caso clínico. *FacOdontLins/Unimep*. 24(1), 64-68. Jan/jun.2014. <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fo1.v24n1p64-68>
29. Fragelli, C., M., B., Souza, J., F., Cordeiro, R., C., L., Santos-Pinto, L. Molar incisor hypomineralization (MIH): conservative treatment management to restore affected teeth. *Braz Oral Res [online]*.2015;29(1):1-7.
30. Eduardo, Carlos de Paula, Crivello-Junior, Oswaldo. *Lasers em odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 232 p.
31. de Souza AL, Bronkhorst EM, Creugers NH, Leal SC, Frencken JE. The caries assessment spectrum and treatment (CAST) instrument: its reproducibility in clinical studies. *Int Dent J*. 2014 Aug;64(4):187-94. doi: 10.1111/idj.12104. Epub 2014 Feb 10.
32. Andrade, Eduardo Dias de. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e Uso de Medicamentos nas Principais Situações da Prática Odontológica*. São Paulo. Artes Médicas, 1998. ISBN 85-7404-022-3.
33. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm). Acesso em 12/09/16.
34. Kobayashi, HM, Scavone Júnior, H, Ferreira, RI, Garib, DG. Relação entre hábitos de sucção não nutritivos e mordidas cruzadas posteriores. *Rev Ortod SPO* 2008;41 (4):367.
35. Abraão, GM, Fernandes BG, Oliveira, BH, Quintão, CA. A influência dos hábitos de sucção de chupeta e uso de mamadeira na dentição decídua. *Rev Ortod SPO* 2009;42(3):201.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª edição, 2013.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Caderno de atenção básica 23 – Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2ª edição, 2015.
38. Associação Brasileira de Odontopediatria. Disponível em: [http://abodontopediatria.org.br/orientacoes\\_aos\\_pais\\_sobre\\_cuidados\\_com\\_a\\_saude\\_bucal\\_do\\_bebe\\_e\\_da\\_crianças.pdf](http://abodontopediatria.org.br/orientacoes_aos_pais_sobre_cuidados_com_a_saude_bucal_do_bebe_e_da_crianças.pdf). Acesso em 12/09/16.
39. Massara, MLA, Rédua, PCB. *Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria*. Ed. Santos, 2010. Disponível em: [http://abodontopediatria.org.br/site/?page\\_id=20](http://abodontopediatria.org.br/site/?page_id=20). Acesso em 12/09/16.

40. Toledo, AO. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 4.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

# ANEXO I

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE RADIOLOGIA</p>	REQUISIÇÃO DE EXAME																																																										
NOME: _____ REGISTRO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO <input type="checkbox"/>																																																											
MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____ EXAME SOLICITADO: _____ _____																																																											
INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____ _____ _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONTRASTE ml</th> <th colspan="2">FILMES</th> <th colspan="2">CUSTOS</th> </tr> <tr> <th>IODADO</th> <th>BARITADO</th> <th></th> <th>ÚTEIS</th> <th>PERDIDOS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>14x17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>16x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>20x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>24x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>30x40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35x35</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>TOTA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>CRM</th> <th>MATRÍCULA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS		IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS				14x17						16x30						20x30						24x30						30x40						35x35						TOTA:				CRM	MATRÍCULA		
CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS																																																							
IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS																																																							
		14x17																																																									
		16x30																																																									
		20x30																																																									
		24x30																																																									
		30x40																																																									
		35x35																																																									
		TOTA:																																																									
CRM	MATRÍCULA																																																										
DATA: ____/____/____	ASSINATURA DO MÉDICO: _____	EXAME MARCADO DATA: ____/____/____ HORAS: _____																																																									

MOD. 45.05 - CDD - COMPUTADOR 40269 - FORMATO 110 x 175 mm



## FLUXOGRAMA

