



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LUCAS FERNANDO OLIVEIRA TOMÁZ FERRARESSO

**AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS BUCAIS DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM UM PRONTO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO INFANTIL:  
Estudo comparativo de 10 anos**

---

Londrina – PR

2021

LUCAS FERNANDO OLIVEIRA TOMÁZ FERRARESSO

**AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS BUCAIS DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM UM PRONTO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO INFANTIL:  
Estudo comparativo de 10 anos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil – MOOI -, da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Cilene Dezan Garbelini

Londrina – PR

2021

LUCAS FERNANDO OLIVEIRA TOMÁZ FERRARESSO

**AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS BUCAIS DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM UM PRONTO ATENDIMENTO**

**ODONTOLÓGICO INFANTIL:**

Estudo comparativo de 10 anos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil – MOOI -, da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Cilene Dezan Garbelini

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Cilene Dezan Garbelini

Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai

Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, por toda proteção, sabedoria e sempre iluminar todos os meus passos nessa trajetória. Grato pelas bençãos constantes em minha vida.

Aos meus pais, **Ferraresso e Solange**, por sempre estarem presentes, sobretudo nos desafios vivenciados. Por todo esforço para a minha formação e por todo amor incondicional, minha gratidão eterna. Feliz e realizado de corresponder à altura a todas expectativas impostas e por tornarem todos os meus sonhos e desejos possíveis.

À minha querida Orientadora, **Professora Dr<sup>a</sup>. Cássia Cilene Dezan Garbelini**, pela amizade, paciência, infinitos ensinamentos, inúmeras e valiosas contribuições e todo o conhecimento a mim concedido em clínica e neste trabalho. Agradeço imensamente por ter aceitado me orientar nesse estudo e sempre me incentivar a ser um estudante mais capacitado e qualificado. Meu carinho, honra e admiração por sua inteligência e por ser minha maior inspiração e exemplo de Odontopediatra que poderia ter.

Ao **Professor Dr<sup>o</sup>. Márcio Grama Hoepfner**, pelas infinitas oportunidades e colaborações com o meu crescimento acadêmico e humano. Levarei comigo os melhores conselhos, auxílios e estímulos, sempre dados com bom humor e leveza. Meus sinceros agradecimentos ao grande exemplo de Professor, profissional e amigo que sempre acreditou em mim.

À **Professora Dr<sup>a</sup> Maria Luiza H. I. Kasai**, por todos ensinamentos, conhecimentos, dicas, incentivos e oportunidades compartilhadas desde o início do curso. Agradeço também, por toda atenção, carinho e prontamente aceitar ser banca deste trabalho e colaborar com seus inúmeros saberes.

Ao **Projeto de Escovação, Lirian Silva, Maura Higasi, Wagner Ursi e Maria Luiza H. I. Kasai**, pela confiança em mim depositada nesses 05 anos de extensão. Gratidão por acreditarem no meu potencial e despertarem meu amadurecimento profissional/humanizado por meio da vivência dos reais problemas sociais em diversos territórios frequentados. Uma grande amizade que levarei para vida.

À **Professora Dr<sup>a</sup> Lucimar Codato**, sinônimo de calma, paciência e amor. Sempre

disposta a escutar e realizar com muito carinho todos os desafios propostos. Obrigado pelo seu companheirismo, por todos os saberes compartilhados e por todas as oportunidades acadêmicas que me proporcionou. Sem dúvidas foram essenciais em minha formação integral e humanizada. **GRATIDÃO.**

À **todos os meus colegas**, em especial a minha fiel dupla, **Mariana**. Obrigado por todo o companheirismo, animação e por estar ao meu lado em todas as situações boas e desafiadoras. Uma forte amizade construída, obrigado por tanto e por tudo.

À **minha namorada Letícia Godoi**, companheira e melhor companhia de todas as horas. Grato pelo seu cuidado, zelo, estímulos, compreensão e por ser meu refúgio nos momentos em que mais precisei. Sua motivação diária, sua capacidade de escutar e sua presença foram essenciais para o meu crescimento pessoal/profissional e a realização deste trabalho.

À **todos pacientes**, que me ajudaram a fortalecer o vínculo profissional e me ensinarem a compreender a minha função clínica e social como futuro Cirurgião-Dentista. O meu muito obrigado.

Aos **funcionários da COU**, em especial **Carlão** e **Wellington**, pelas conversas, motivação e valiosas dicas compartilhadas. Obrigado por sempre zelarem pelo bom funcionamento da clínica.

Agradeço a **todos os professores** do Curso de Odontologia que, de fato, contribuíram para minha formação e vivenciam nossas conquistas.

**Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e  
os seus planos serão bem-sucedidos –  
Provérbios 16:3**

..

FERRARESSO, L. F. O. T. **Avaliação dos problemas bucais de pacientes atendidos em um Pronto Atendimento Odontológico Infantil: estudo comparativo de 10 anos.** 2021. 70p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## RESUMO

O Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (PAO-BBC-UEL) atende diariamente urgências odontológicas de bebês e crianças referendados de 21 municípios vinculados a 17º regional de saúde do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, baseado em levantamento de prontuários de pacientes de 0 a 6 anos, que objetivou identificar e comparar os principais problemas bucais encontrados no PAO-BBC-UEL, nos biênios 2008-2009 (G8/9) e 2018-2019 (G18/19) e analisar os fatores correlacionados. Os dados obtidos foram digitados num banco de dados, submetidos a análise estatística por meio do teste Qui-Quadrado, utilizando o programa SPSS. Os resultados evidenciaram amostra total de 2492 (100,00%) prontuários analisados, sendo 1243 (49,88%) em G8/9 e 1249 (50,12%) em G18/19. Sobre a distribuição da amostra total com relação ao sexo, 1378 (55,30%) pacientes eram do sexo masculino e 1114 (44,70%) do sexo feminino. Além disso, foi constatado diferença estatística significativa entre os sexos masculino x feminino, respectivamente, para o motivo de traumatismo dento-alveolar (TD) (59,91 x 40,09%) ( $p=0,004$ ). Sobre a faixa etária, para ambos os biênios, a maioria das crianças pertenciam a faixa etária de 37-48 meses de idade (20,30%). Adicionalmente, observou-se aumento significativo do número de bebês de 0-12 meses atendidos em G18/19 em comparação com G8/9 (15,53% x 9,17%) e redução do número de crianças maiores de 60 meses (14,97% x 19,07%) ( $p<0,001$ ). Em relação à distribuição das crianças de acordo com o município, pode-se constatar que (64,97%) desses pacientes eram provenientes de Londrina ( $p<0,001$ ). No que se refere à distribuição da amostra total com relação aos principais motivos de consultas, foi verificado maior predominância de cárie dentária (CD) (42,20%), seguido de TD (27,90%), anomalias do desenvolvimento e outros (ADO) (27,70%) e doenças de boca (2,10%) ( $p=0,411$ ). Com relação a idade associada ao motivo, para a faixa etária de 0-12 meses (12,36%), a principal razão de urgência odontológica foi ADO (76,30%) ( $p<0,001$ ). Para a faixa etária de 13 a 36 meses, o TD foi o principal motivo de consulta, demonstrando maior porcentagem na faixa etária de 13-24 meses (44,36%) ( $p<0,001$ ) e, para as demais faixas etárias, 25 a 60> meses, a CD foi o motivo de urgência mais prevalente, sendo a faixa etária de 49-60 meses com maior porcentagem (61,99%) ( $p<0,001$ ). Por fim, em ambos os biênios analisados, filhos de pais e mães com escolaridade inferior a 8 anos apresentaram mais CD, enquanto os motivos de TD, doenças de boca e ADO, foram mais consultados por pais e mães com escolaridade superior ou igual a 8 anos, com exceção para pais, em G8/9, para o motivo de ADO. Conclui-se que a CD é a doença bucal mais prevalente em crianças maiores de 2 anos e que a alta prevalência dessa doença, TD e ADO em bebês e crianças, representa problemas de saúde pública.

**Palavras-chave:** Odontopediatria. Emergências. Cárie Dentária. Traumatismo Dentário.

FERRARESSO, L. F. O. T. **Assessment of oral problems in patients attended at a Children's Dental Emergency Care: a 10-year comparative study.** 2021. 70p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## ABSTRACT

The Dental Care of the Baby-Clinic of the State University of Londrina (PAO-BBC-UEL) attends daily dental emergencies for babies and children referred from 21 municipalities linked to the 17th regional health of Paraná. This is a descriptive and retrospective study, based on a survey of medical records of patients from 0 to 6 years old, which aimed to identify and compare the main oral problems found in the PAO-BBC-UEL, in the 2008-2009 biennia (G8/9) and 2018-2019 (G18/19) and analyze the correlated factors. The data obtained were entered into a database, submitted to statistical analysis using the Chi-Square test, using the SPSS program. The results showed a total sample of 2492 (100,00%) clinical histories analyzed, 1243 (49,88%) in G8/9 and 1249 (50,12%) in G18/19. Regarding the distribution of the total sample in relation to sex, 1378 (55,30%) patients were male and 1114 (44,70%) female. In addition, a statistically significant difference was found between the male and female sexes, respectively, for the reason of dento-alveolar trauma (TD) (59,91 x 40,09%) ( $p=0,004$ ). Regarding the age group, for both biennia, the majority of children belonged to the age group of 37-48 months of age (20,30%). Additionally, there was a significant increase in the number of babies aged 0-12 months treated in G18/19 compared to G8/9 (15,53% x 9,17%) and a reduction in the number of children older than 60 months (14,97% x 19,07%) ( $p<0,001$ ). Concerning the distribution of children according to the municipality, it can be seen that (64,97%) patients were from Londrina ( $p<0,001$ ). With regard to the distribution of the total sample in relation to the main reasons for consultations, there was a greater prevalence of dental caries (DC) (42,20%), followed by TI (27,90%), developmental anomalies and others (DAO) (27,70%) and oral diseases (2,10%) ( $p=0,411$ ). Regarding age associated with the reason, for the age group 0-12 months (12,36%), the main reason for dental urgency was ADO (76,30%) ( $p<0,001$ ). For the 13-to-36-month age group, TD was the main reason for consultation, showing a higher percentage in the 13–24-month age group (44,36%) ( $p<0,001$ ) and, for the other age groups, 25 at 60> months, CD was the most prevalent reason for urgency, with the age group of 49-60 months with the highest percentage (61,99%) ( $p<0,001$ ). Finally, in both analyzed biennia, children of fathers and mothers with less than 8 years of schooling had more DC, while the reasons for TD, mouth diseases and ADO were more consulted by fathers and mothers with more than or equal to 8 years of schooling years, except for parents, in G8/9, for the reason of ADO. It is concluded that CD is the most prevalent oral disease in children older than 2 years and that the high prevalence of this disease, TD and ADO in babies and children, represents public health problems.

**Key-Words:** Pediatric Dentistry. Emergencies. Dental caries. Tooth injuries.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Amostra total de prontuários analisados .....	39
<b>Figura 2</b> – Distribuição da amostra total de acordo com o sexo das crianças.....	39
<b>Figura 3</b> – Comparação entre os biênios G8/9 e G18/19 de acordo com o sexo das crianças .....	40
<b>Figura 4</b> – Frequência de consultas por faixa etária em meses .....	40
<b>Figura 5</b> – Distribuição das crianças de acordo com o município.....	41
<b>Figura 6</b> – Motivos de consultas mais frequentes (%) da amostra total – G8/9 e G18/19 .....	42
<b>Figura 7</b> – Comparação entre os biênios G8/9 e G18/19 sobre os motivos de consultas mais frequentes (%) .....	42
<b>Figura 8</b> – Motivos de consultas segundo a distribuição da faixa etária em meses.....	44
<b>Figura 9</b> – Grau de escolaridade paterno e materno nos biênios G8/9 e G18/19 (%).....	45

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Motivos de consultas segundo a distribuição da faixa etária em meses 43
- Tabela 2** – Associação entre os motivos de consultas e sexos .....45
- Tabela 3** – Motivos de consultas com relação ao grau de escolaridade paterno.....46
- Tabela 4** – Motivos de consultas com relação ao grau de escolaridade materno....47

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Traumatismo aos tecidos duros e à polpa .....	25
<b>Quadro 2</b> – Traumatismo aos tecidos periodontais .....	27
<b>Quadro 3</b> – Variáveis e categorias das informações a serem coletadas nos prontuários de crianças atendidas no PA-BBC/UEL, 2008-2009/2018-2019 .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADO	Anomalias do desenvolvimento e outros
ASO	Acesso aos serviços odontológicos
BBC	Bebê-Clínica
CD	Cárie dentária
CPI	Cárie na Primeira Infância
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados
FL	Freio lingual
G8/9	Biênio de 2008 e 2019
G18/19	Biênio de 2018 e 2019
GEHA	Gengivoestomatite herpética aguda
HSV-1	Vírus do herpes simplex tipo 1
LESB	Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal
MS	Ministério da Saúde
PAO-BBC-UEL	Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina
PNSB	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SB Brasil	Saúde Bucal Brasil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
TD	Traumatismo Dento-Alveolar
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	
3.1	CÁRIE DENTÁRIA .....	22
3.2	TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR .....	24
3.3	DOENÇAS DE BOCA .....	32
3.3.1	Candidose.....	32
3.3.2	Gengivoestomatite herpética aguda.....	32
3.4	ANOMALIAS DE DESENVOLVIMENTO E OUTROS MOTIVOS .....	33
3.4.1	Freio Lingual Encurtado .....	33
3.4.2	Dentes Natais e Neonatais .....	34
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>
	APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados ..	63
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>64</b>
	ANEXO A – Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética.....	64

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços odontológicos (ASO) no Brasil é fortemente amparado por leis, diretrizes e portarias, que regulam esse direito a todos os membros da sociedade. Diante disso, a lei mais influente é a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização, assim como o funcionamento dos serviços em todo o território nacional. Denominada como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta a saúde como universal e igualitária, sendo o dever do Estado ofertar um serviço de qualidade; garantir a saúde e a execução de políticas sociais, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos da população (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2000, por meio da Portaria nº1.444/GM, regulamentou a inserção da equipe de saúde bucal à equipe de profissionais do Programa Saúde da Família (atualmente intitulada Estratégia Saúde da Família). Nessa época, a composição da equipe se dava obrigatoriamente por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) auxiliar de cirurgião-dentista, os quais eram prioritariamente responsáveis pelas ações de saúde bucal, assegurando de fato, atenção integral aos pacientes e ampliação ao acesso aos serviços ofertados (BRASIL, 2000). Atualmente, a equipe de saúde bucal, encontra-se na equipe ampliada da Estratégia Saúde da Família e pode ser organizada em 3 (três) modalidades. A modalidade I é composta por: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal. Na modalidade II acrescenta-se o auxiliar em saúde bucal ou outro técnico em saúde bucal e a III, são os profissionais de ambas equipes que operam em Unidade Odontológica Móvel (BRASIL, 2017).

Ainda assim, especialmente para as crianças, o artigo 24 da Lei 13.257 de 2016, assegura legalmente a atenção e o acesso à saúde bucal através do Sistema Único de Saúde. Além disso, ressalta que essa atenção deve ser integral, com função educativa protetiva e intersetorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à criança (BRASIL, 2016).

Por outro lado, esse acesso universal, integral e descentralizado aos serviços odontológicos ainda representa um desafio. Historicamente, os cuidados para com a saúde bucal das crianças constituíram-se em problemática emergente desde o final do século XIX (OLIVEIRA; MATOS 2018).

Sendo assim, o primeiro estudo da área da saúde com abrangência nacional que relata essas dificuldades, foi realizado apenas no ano de 1986. Nomeado “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal” (LESB), foi conduzido pelo MS em conjunto com o Instituto de Planejamento Econômico e Social, onde foram identificados altos índices de cárie dentária entre as crianças brasileiras. Nesse estudo, apenas 16 das 27 capitais foram selecionadas, analisando aproximadamente 25.407 pessoas de 6 a 59 anos. Os resultados obtidos apontaram um CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) médio de 1,25 aos 6 anos, evoluindo para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos de idade (BRASIL, 1988; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Uma década após esse primeiro estudo da área da saúde bucal, foi executado o segundo LESB (1996). Com um território de abrangência maior, envolveu-se todas as 27 capitais do país, diferentemente do primeiro LESB. Entretanto, a única faixa etária participante, foi de crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas, totalizando um número aproximado de 30.240 infantis. Nessa pesquisa, apenas o fator cárie dentária foi analisado, obtendo o resultado de um CPO-D médio de 0,28 aos 6 anos de idade. Esse valor aumentou conforme as crianças cresciam, progredindo para 1,15 aos 8 anos, atingindo 2,38 aos 11 anos e 3,06 aos 12 anos de idade (BRASIL, 1996; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

No ano de 2003, foi realizado o estudo Saúde Bucal Brasil (SB Brasil), o qual aconteceu para subsidiar medidas para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos odontológicos e para efeito de comparação dos dados com os demais países. Nesse estudo, destacou-se que o acesso ao consultório odontológico era pífio. Estimou-se que 82% das crianças com idade de 0 a 5 anos, nunca haviam tido a oportunidade de ir ao cirurgião-dentista (BRASIL, 2004).

Cinco anos depois, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, exercida no Brasil, evidenciaram resultados tão alarmantes

quanto o SB Brasil de 2003. Apontou-se que em torno de 12% da população nunca havia consultado com o cirurgião-dentista, sendo que desse total, 47,9% eram crianças de até 4 anos e 36,5% eram crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos (BRASIL, 2010).

Por sua vez, o último grande estudo executado, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2010, realçou que crianças com até 5 anos de idade, apresentavam em média, 2,43 dentes com experiência de cárie. Esse último levantamento, mostrou prevalência de 26,85% de cárie dentária em crianças entre 18 e 36 meses, existindo evidente incremento com o avanço da idade (BRASIL, 2012).

Neste contexto, a literatura demonstra ser convergente, esclarecendo que os dados obtidos ainda são preocupantes, mesmo havendo redução do índice CPO-D e melhora na saúde bucal. No cenário brasileiro atual, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde (ANTUNES et al., 2016). Contudo, apesar do surgimento de diversas iniciativas para ampliar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos de atenção à saúde, o Brasil ainda se apresenta restrito se comparado a padrões internacionais de regiões desenvolvidas (PERES et al., 2012; SCHERER; SCHERER, 2015).

Nesse sentido, esses dados epidemiológicos demonstrados, ilustram a relevância e a necessidade do ASO de qualidade na mais tenra idade, potencializando de fato, melhora considerável na qualidade de vida dessas crianças.

Sabe-se que o cuidado na primeira infância é uma conquista da odontologia e representa uma nova compreensão da abordagem das doenças bucais, fortemente centrada em uma perspectiva preventivo-promocional (ESSVEIN et al., 2019).

A primeira consulta ao cirurgião-dentista deve ocorrer antes do irrompimento dos primeiros dentes decíduos, para que os pais e/ou cuidadores possam receber instruções adequadas em relação à higiene bucal e hábitos alimentares, a fim de manter a integridade da saúde bucal da criança (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008; INAGAKI et al., 2015).

Para promover saúde bucal à bebês e crianças, são essenciais o mais precoce ingresso ao programa de saúde e a adesão, de fato, às orientações pelos



pais e cuidadores (WALTER; FERELLE; ISSÁO, 1996; LEMOS et al., 2014). Logo, essas visitas oportunizam e favorecem aos profissionais de odontologia fornecer o aconselhamento dietético, detectar precocemente a presença de cárie dentária infantil, avaliar o desenvolvimento dentário, oferecer informações sobre a conduta mediante riscos e urgências de traumatismos dentários e lesões (OLATOSI et al., 2019). Desse modo, a infância é caracterizada como um momento crítico e oportuno para estabelecer hábitos bucais positivos, afetando diretamente a saúde bucal futura, bem como o seu bem-estar geral (BRESCHWER; LEWIS, 2018).

Apesar disso, a realidade do país está aquém do desejado em relação ao ASO. No Brasil, apenas pequena porcentagem de crianças recebe assistência odontológica na idade recomendada; e a procura por esses serviços está relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, de forma que, quanto maiores forem esses níveis, maiores serão as preocupações com a saúde bucal (ARDENGHI et al., 2012; GOETTEMMS et al., 2012; INAGAKI et al., 2015). Assim, crianças de famílias de baixo nível socioeconômico e que apresentam muitos problemas dentários, tendem a procurar atendimento odontológico apenas em casos de urgência para tratamentos restauradores e extrações dentárias (ARDENGHI et al., 2012; INAGAKI et al., 2015).

Posto isto, em Odontopediatria, é de extrema relevância a adoção de boas práticas precocemente. Nessa idade, acrescenta-se o fato de que as crianças estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de cárie dentária e envolvimento pulpar devido a características próprias dos dentes decíduos. Além disso, estão mais propensas aos traumatismos dentários, devido a sua coordenação motora em desenvolvimento e a prática constante de brincadeiras. Por conseguinte, iniciar a atenção odontológica em idades precoces se faz necessário e contribui para a prevenção das doenças bucais, reduzindo suas sequelas e o custo com o tratamento. Nessa lógica, o não acesso a serviços de saúde precocemente, e ou a não adesão ao tratamento, pode acarretar a inviabilidade de detecção de doenças interferindo diretamente na qualidade de vida (ANTUNES; PERES; MELLO, 2006; OLATOSI et al., 2019).

Assim sendo, consultas que deveriam ter um cunho educativo-preventivo, acabam se tornando consultas de emergência e urgência. Nesse sentido, esses termos são utilizados constantemente na área da saúde, representando

significados totalmente distintos, que entretanto podem causar confusões. De acordo com o dicionário Online de Português, o termo emergência possui relação com “evento perigoso” e “situação crítica”, enquanto urgência está relacionada à “agilidade”, “rapidez” e “resposta imediata”. Desse modo, as consultas odontológicas, em sua grande maioria, devem ser designadas urgências, visto que a saúde da criança se encontra em situação desafiadora, e não de risco de morte.

A urgência odontológica caracteriza-se por um atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas. Essas consultas dispensam agendamento prévio, devem ser medidas rápidas e eficazes; e as crianças recebem o tratamento assistencial, objetivando o alívio dos sintomas dolorosos e infecciosos da cavidade oral. Esse atendimento é realizado a qualquer criança e a qualquer hora do turno de trabalho, tendo sua organização pautada na Classificação de Necessidades (BRASIL, 2018). Logo, complicações decorrentes de cárie dentária, traumatismo dentário, doenças de boca tais como, gengivostomatite herpética aguda, candidose oral e anomalias de desenvolvimento, configuram-se motivos de consultas de urgência, visto que estão diretamente vinculadas à incômodo, limitações funcionais e dores. Para os cirurgiões-dentistas, em especial o odontopediatra, situações desafiadoras quanto ao tratamento e manejo odontológico podem estar presentes mediante consultas odontológicas de urgência em pacientes pediátricos.

Em estudo conduzido por Antunes et al., (2017), os autores encontraram que os principais motivos de consulta de atendimentos realizados no Pronto Atendimento Odontológico, consistiram em dores associadas a cárie dentária, seguido de traumatismo dentário. Além disso, anomalias de desenvolvimento como: anquiloglossia, dentes natais/neonatais, pérolas de Epstein e nódulos de Bohn também foram relatadas em 9% dos casos.

Diante do exposto, um serviço de referência com ênfase em odontopediatria é a Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clínica (BBC), fundada em 1985. Órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a BBC presta diariamente serviços à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no atendimento Odontológico a crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos de idade, nos programas Educativo-Preventivo e de Pronto Atendimento. O atendimento da

BBC, é através do sistema de referência e contra-referência dos 21 municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Paraná. Desse modo, por meio de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), crianças provenientes dessas regiões vizinhas, recebem tratamentos de urgência, onde são realizados procedimentos de baixa e média complexidade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo identificar, analisar e comparar os principais problemas bucais em bebês e pré-escolares atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (PAO-BBC-UEL), no final da década de 2000 (década 00, representada pelos anos de 2008/2009) (G8/9) e final da década de 2010 (década 10, representada pelos anos de 2018/2019) (G18/19).

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar dados sócio demográficos sobre crianças e seus pais/cuidadores atendidos no serviço;
- Identificar os problemas bucais relatados nos prontuários para a consulta urgencial (motivo de consulta);
- Analisar se há associação entre dados sócio demográficos e problema bucal relatado;
- Comparar os motivos de consulta entre o final da década de 00 e final da década de 10.

Desta forma serão testadas as seguintes hipóteses nulas (H0):

- Não há diferença de idade entre os pacientes atendidos no final da década de 00 e final da década de 10;
- Não há associação entre a faixa etária e o motivo de consulta, em ambos os períodos estudados;
- Não há associação entre o sexo e o motivo de consulta, em ambos os períodos estudados;
- Não há associação entre a escolaridade materna e o motivo de consulta, em ambos os períodos estudados;

- Não há associação entre a escolaridade paterna e o motivo de consulta, em ambos os períodos estudados.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária (CD) é considerada a doença bucal crônica mais prevalente na infância e também um problema de saúde pública (ARDENGI; PIOVESAN; ANTUNES, 2013; MATTHEUS; SHANNON, 2015). Estima-se que em diferentes países, aproximadamente 50% das crianças em idade pré-escolar já tiveram experiência de CD (MATHUR; DHILLON, 2018) e que pode acometer de 60 a 90% das crianças em idade escolar (PETERSEN, 2003). Lesão cariiosa não tratada na dentição decídua também é apontada como a décima doença mais comum que afeta 621 milhões de crianças em todo o mundo, causando impactos em aproximadamente 9% dessa população, ou seja, em cerca de 55,89 milhões de crianças (KASSEBAUM et al., 2015).

Nesse sentido, a CD é uma doença que acomete os tecidos duros e tem sido relatada como multifatorial (FEJERSKOV, 1997; PITTS et al., 2017; MATHUR; DHILLON, 2018). Por outro lado, esse conceito tradicional de cárie foi desafiado. Novas ideias conceituais vieram aumentar a complexidade dessa doença (GIACAMAN, 2017). Assim sendo, definimos cárie dentária como uma disbiose complexa biofilme sacarose dependente (DORRI et al., 2017).

A etiologia dessa doença é resultante da combinação do consumo frequente de carboidratos fermentáveis, principalmente mamadeira sob livre demanda e alto consumo de doces; colonização por bactérias cariogênicas (especialmente *Streptococcus mutans*) e a falta de higiene bucal e/ou escovação deficiente (O'KEEFE, 2013; KOWASH et al., 2017). Além da soma desses fatores, a doença necessita de um período de tempo, para que assim, possa resultar em perda mineral líquida de tecidos duros dentários causados pelos eventos metabólicos (FEJERSKOV; KIDD 2011; PITTS et al., 2017; MATHUR; DHILLON, 2018).

Clinicamente, a CD pode apresentar-se de diferentes formas, como: lesão não cavitada ativa (mancha branca ativa), lesão não cavitada inativa (mancha branca inativa), lesão cavitada ativa e lesão cavitada inativa. A coloração também é variada, sendo passível encontrar desde de manchas esbranquiçadas até uma

aparência marrom escura. A sua manifestação acontece em qualquer superfície dentária, podendo acometer a face oclusal, superfícies livres lisas e a superfície radicular (FEJERSKOV; KIDD, 2011).

Apresentar qualquer lesão cariosa, cavitada ou não, em alguma face do dente decíduo até os 6 (seis) anos é caracterizada como Cárie na Primeira Infância (CPI), sendo denominada CPI severa ao acometer crianças com menos de 3 (três) anos, consoante a *American Academy of Pediatric Dentistry* (2016).

Apesar de ser multifacetada, a CD é uma doença evitável, ou seja, necessita de intervenção anterior aos sinais e sintomas detectados clinicamente. Logo, medidas primárias para seu controle são a desorganização periódica do biofilme dentário e a disciplina no consumo de carboidratos fermentáveis (CURY, 2001; FEJERSKOV; KIDD, 2011; FRENCKEN et al., 2012). Particularidades das crianças como a microbiota, alta frequência do consumo de alimentos ricos em sacarose e carboidratos, saliva, controle eficiente do biofilme, uso de dentifrício com no mínimo 1000 ppm (partes por milhão), acesso à água fluoretada, também podem estar associadas ao controle e ao não desenvolvimento da doença (BRASIL, 1974; TRAEBERT et al., 2009; CURY; CALDARELLI; TENUTA, 2015).

Quando já da experiência cariosa, em odontopediatria há uma disparidade notável de opções de tratamento, devendo sempre avaliar cada caso individualmente e basear suas decisões no que se considera mais adequado para cada criança. As decisões de tratamento por variarem para cada caso, devem estar pautadas em: cooperação do paciente, prognóstico do dente e experiência própria (UHLEN et al., 2019).

Tratando-se de materiais odontológicos, o diamino fluoreto de prata é um medicamento seguro, tópico, barato e eficaz usado extensivamente para tratar cárie dentária. Esse material, é indicado para pacientes com risco extremo de cárie; pacientes não cooperativos ao tratamento e/ou que precisem ser estabilizados para que possam ser restaurados ao longo do tempo (HORST; ELLENIKIOTIS; MILGROM, 2016).

Por outro lado, para pacientes que apresentam comportamento cooperativo, podem ser usados materiais odontológicos com indicações específicas

para a restauração de dentes decíduos cariados (CHISINI et al., 2018). Dentre eles, podem ser utilizados o cimento de ionômero de vidro, resinas compostas (DORRI et al., 2017; UHLEN et al., 2019), assim como amálgama de prata (INNES et al., 2015).

Entretanto, em lesões cariosas extensas, as intervenções pulpares são indicadas. Dependendo da gravidade da doença, estão disponíveis três técnicas de tratamento pulpar: capeamento direto da polpa, pulpotomia e pulpectomia (SMAÏL-FAUGERON et al., 2018). Quando da inviabilidade do tratamento endodôntico, o tratamento cirúrgico de exodontia em dentes decíduos podem ser executado (BANSAL et al., 2017). Nesse sentido, caso não haja o tratamento indicado, intercorrências inerentes a cárie dentária podem acontecer.

Entre as consequências dessa doença, observam-se repercussões negativas na qualidade de vida das crianças como: deficiências nutricionais, comprometimento estético, prejuízos à autoestima, perda precoce de dentes decíduos, absenteísmo e rendimento escolar insatisfatório (LACERDA; BEM; TRAEBERT, 2013). Ademais, lesões cariosas com maior gravidade que não receberam o tratamento adequado, podem acarretar infecções odontogênicas, tais como abscessos e fístulas, sendo essas complicações mais prejudiciais à qualidade de vida da criança do que a própria CD. Aos familiares e cuidadores, consequências na qualidade de vida, faltas ao trabalho e sentimento de culpa podem estar presentes (BENZIAN et al., 2011; MURTHY; PRAMILA; RANGANATH, 2014).

### 3.2 TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR

Outro grande desafio da odontologia e motivo de consulta frequente ao Pronto Atendimento, o traumatismo dento-alveolar (TD) em dentes decíduos constituem um problema de saúde pública mundial (BAXEVANOS et al., 2017). Estima-se que os TD na dentição decídua afetam aproximadamente um terço de pré-escolares em diferentes países do mundo e, portanto, representa uma situação com alta prevalência na infância (FELDENS et al., 2016; BOMFIM; HERRERA; CARLI, 2017). Geralmente o trauma é repentino, circunstancial, inesperado, acidental e requer atenção de urgência (LAM, 2016).







O TD é uma lesão por impacto nos tecidos duros dentários e/ou outros tecidos duros e moles dentro da cavidade oral e de estruturas circunvizinhas (LAM, 2016). Acerca do tipo de trauma dentário, podem estar envolvidas estruturas básicas como: porção alveolar, tecidos de suporte periodontal, estruturas moles, estruturas ósseas da face e dentes (OLIVEIRA et al., 2004).

A classificação abaixo inclui a localização, características clínicas, radiográficas e tratamento de traumas que acometem os tecidos dentários e tecidos periodontais.

**Quadro 1** - Traumatismo aos tecidos duros e à polpa.

<b>TRAUMATISMO AOS TECIDOS DUROS E À POLPA</b>	<b>ACHADOS CLÍNICOS</b>	<b>ACHADOS RADIOGRÁFICOS</b>	<b>TRATAMENTO</b>
<b>Fratura de esmalte</b> 	Perda de estrutura dentária restrita ao esmalte.	Sem alterações radiográficas.	Alisamento das margens agudas.
<b>Fratura de esmalte e dentina</b> 	Perda de estrutura dentária restrita ao esmalte e dentina, sem exposição pulpar.	Sem alterações radiográficas; A relação entre a fratura e a câmara pulpar deve ser analisada.	Vedar a dentina envolvida com cimento de ionômero de vidro; Em grande perda dentária, restaurar com resina composta.
<b>Fratura coronária com exposição</b>	Perda de estrutura dentária do	O estágio de desenvolvimento	Se possível, preservar a




<p><b>pulpar</b></p> 	<p>esmalte e dentina, com exposição pulpar.</p>	<p>radicular pode ser determinado à partir de uma única exposição radiográfica.</p>	<p>vitalidade pulpar realizando pulpotomia parcial, seguido de restauração; O tratamento depende da maturidade e da cooperação da criança; Extração pode ser indicada.</p>
<p><b>Fratura corono-radicular</b></p> 	<p>Perda de estrutura dentária do esmalte, dentina e estrutura radicular, com ou sem exposição pulpar;</p> <p>Pode haver a presença de fragmentos soltos, porém presos ao dente;</p> <p>O deslocamento dentário pode ser leve ou moderado.</p>	<p>Em fraturas posicionadas lateralmente, a extensão em relação à margem gengival pode ser observada;</p> <p>Apenas uma tomada radiográfica é necessária para verificar múltiplos fragmentos.</p>	<p>Remoção do fragmento se a fratura envolve pequena porção da raiz e se o fragmento estável permite restauração;</p> <p>Em todos os outros casos, extração.</p>
<p><b>Fratura radicular</b></p>	<p>O dente pode estar com mobilidade e/ou deslocado.</p>	<p>A fratura geralmente é localizada no terço médio ou apical da</p>	<p>Se o fragmento coronário não foi deslocado, não é necessário</p>


		raiz.	tratamento; Se o fragmento coronário foi deslocado, o reposicionamento e a esplintagem podem ser considerados; Extração do fragmento apical.
<b>Fratura alveolar</b> 	A fratura envolve o osso alveolar e pode se estender ao osso adjacente; Frequentemente, verifica-se mobilidade e deslocamento do segmento; Frequentemente, nota-se interferência oclusal.	A linha de fratura horizontal ao ápice do dente decíduo e seu sucessor permanente pode ser observada.	Reposicionar qualquer segmento deslocado e confecção de contenção; Anestesia geral está frequentemente indicada; Estabilizar o segmento por 4 semanas e monitora o dente na linha da fratura.



Fonte: Malmgren et al., (2012).

#### Quadro 2 - Traumatismo aos tecidos periodontais.

TRAUMATISMO AOS TECIDOS PERIODONTAIS	ACHADOS CLÍNICOS	ACHADOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMENTO
<b>Concussão</b>	O dente é sensível	Sem alterações	Proservação.

	<p>ao toque; Não apresenta mobilidade e ausência de sangramento via sulco gengival.</p>	<p>radiográficas; Espaço do ligamento periodontal normal.</p>	
<p><b>Subluxação</b></p> 	<p>O dente apresenta aumento de mobilidade e não há deslocamento; Pode ser observado sangramento via sulco gengival</p>	<p>Alterações radiográficas geralmente não são encontradas; Espaço do ligamento periodontal normal.</p>	<p>Proservação; Escovação com escova macia e uso de clorexidina 0,12% sem álcool topicamente na área afetada com cotonete duas vezes ao dia, por 1 semana.</p>
<p><b>Luxação lateral</b></p> 	<p>O dente está deslocado, geralmente para palatina/ lingual ou vestibular; Não há mobilidade.</p>	<p>Aumento do espaço do ligamento periodontal apicalmente; Em radiografia oclusal, pode-se observar a posição e relação entre o dente deslocado e o dente sucessor permanente.</p>	<p>Em casos que não observa-se interferência oclusal, deixar o dente reposicionar espontaneamente; Quando há interferência oclusal, realizar, o dente pode ser suavemente reposicionado, por meio de pressão digital vestibular/lingual</p>

			<p>simultaneamente sob anestesia local;</p> <p>Extração é indicada em casos de deslocamento severo.</p>
<p><b>Luxação extrusiva</b></p> 	<p>Deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo;</p> <p>O dente parece estar alongado e pode estar com mobilidade excessiva.</p>	<p>Aumento do espaço do ligamento periodontal apical.</p>	<p>Baseado no grau de deslocamento, mobilidade, formação das raízes e cooperação da criança;</p> <p>Para extrusões menores (&lt;3mm), em um dente com rizogênese incompleta, o reposicionamento dentário está indicado, assim como a proervação (alinhamento espontâneo);</p> <p>Extração é indicada para extrusões severas de dentes decíduos com rizogênese</p>

			completa.
<p><b>Luxação intrusiva</b></p> 	<p>Deslocamento do dente para dentro do seu alvéolo; Pode estar em contato com o dente permanente sucessor.</p>	<p>Quando o ápice é deslocado em direção ou sobre a tábua óssea vestibular, a extremidade apical pode ser visualizada e o dente pode parecer mais curto em relação ao contralateral; Quando o ápice é deslocado em direção ao germe dentário permanente, a extremidade apical não pode ser visualizada e o dente parece alongado.</p>	<p>Se o ápice está deslocado em direção ou através da tábua óssea vestibular, deve-se esperar o reposicionamento espontâneo; Se o ápice estiver deslocado em direção ao germe do sucessor permanente, deve-se realizar a extração.</p>
<p><b>Avulsão</b></p> 	<p>Deslocamento completo do dente para fora do seu alvéolo.</p>	<p>O exame radiográfico é fundamental para assegurar que o dente foi avulsionado e não está intruído.</p>	<p>Tratamento não determinado; Não é recomendado o reimplante do dente decíduo avulsionado.</p>

Fonte: Malmgren et al., (2012).

Logo, diante dessas diversas situações de urgência, a maturidade e a cooperação da criança, juntamente ao tempo decorrido do traumatismo dentário e a oclusão, são fatores que influenciam a seleção adequada do tratamento (MALMGREN et al., 2012).

Em relação à etiologia desses TD, encontra-se uma gama de situações. As quedas são as causas mais comuns de trauma na dentição decídua. Isso é justificado, pois os bebês estão em processo de aprendizado para dar os primeiros passos. Para crianças de mais idade, as atividades esportivas são mais prevalentes em função do intenso contato físico que acontece (LAM, 2016). Além disso, acidentes em diversas localizações, como por exemplo, piscinas, bebedouros, parque de diversões, automóveis, podem resultar em uma série de TD e complicações (GUEDES-PINTO, 2009).

A perda traumática de dentes, pode levar a perturbações psicológicas em crianças e em seu núcleo familiar, assim como o comprometimento estético, funcional e consequências na qualidade de vida. Essas consequências não são apenas físicas ou econômicas, mas também um ônus psicossocial não quantificável para a criança (LAM, 2016). Logo, a intervenção de urgência em dentes traumatizados deve ser realizada o mais rápido possível, pois o prognóstico depende de como o fragmento avulsionado ou o dente é manuseado durante os procedimentos de primeiros socorros no local onde ocorreu o acidente (ALDRIGUI et al., 2011).

Quando ocorre uma injúria na dentição decídua, a extensão e severidade da lesão dependem do tipo de trauma, anatomia do dente envolvido e intensidade do impacto. Outras sequelas dos TD para os dentes decíduos que podem acontecer são: reabsorções internas, reabsorções externas sem infecção, reabsorções externas com infecção, alveólise, anquilose, retenção prolongada, escurecimento, perda do elemento dentário entre outros. Além de tudo, lesões pulpares podem estar sucedidas ao trauma como: hiperemia, hemorragia, necrose e calcificação (GUEDES-PINTO et al., 2009; REDY et al., 2019).

Assim sendo, os pais devem ser informados sobre possíveis complicações pulpares e alterações de cor da coroa, além de prováveis intercorrências nos dentes permanentes (ASSUNÇÃO; CUNHA; FERELLE, 2007).

Muitas vezes, os familiares mostram-se mais ansiosos e preocupados do que o próprio paciente na busca de um atendimento reabilitador imediato (TOLEDO, 2012).

### 3.3 DOENÇAS DE BOCA

#### 3.3.1 Candidose

Tratando-se de doenças de boca, motivo de urgências odontopediátricas, a candidose é a alteração mais comum em bebês de 0 a 3 meses (BALDANI; LOPES; SCHEIDT, 2001). Essa doença é caracterizada por um crescimento excessivo de espécies de *Candida* no epitélio superficial da mucosa oral (MELKOUMOV, 2013). A sua manifestação e desenvolvimento acontece quando a resistência do organismo diminui e o fungo cresce desencadeando lesões bucais. A fonte de infecção nos bebês está relacionada com imunossupressão, antibioticoterapia, a passagem pelo canal vaginal e uso de chupetas (VELASCO LEÓN et al., 2013).

Clinicamente, podem apresentar quatro formas distintas: pseudomembranosa, eritematosa aguda, eritematosa crônica e candidose hiperplásica crônica (LEWIS; WILLIAMS, 2017). A forma mais comum é a pseudomembranosa, que apresenta placas brancas destacáveis, com aspecto de leite coalhado, localizadas na mucosa jugal no palato e na língua (VELASCO LEÓN et al., 2013; NEVILLE, 2016).

O tratamento consiste da remoção dessas placas, que podem deixar a superfície eritematosa, dolorida e às vezes sangrando (VELASCO LEÓN et al., 2013). Além disso, o tratamento consiste em: higiene bucal apropriada, agentes tópicos e prescrição de antifúngicos tais como: nistatina, miconazol e anfotericina B (MILLSOP; FAZEL, 2016).

#### 3.3.2 Gengivoestomatite Herpética Aguda

Outra doença de boca característica em crianças, a



Gengivoestomatite Herpética Aguda (GEHA) é uma condição que geralmente resulta da infecção inicial da gengiva e da mucosa oral pelo vírus do herpes simplex tipo 1 (HSV-1). Embora a GEHA seja mais comum em crianças antes dos 5 anos de idade, também pode ocorrer em adultos. A forma de contágio mais comum é por contato, geralmente pela saliva (TOVARU et al., 2009; ASLANOVA; ZITO, 2020).

Clinicamente, é caracterizada por um pródromo de febre seguido de uma erupção de lesões vesiculares amarelas dolorosas e ulcerativas da gengiva e mucosa (ARDUINO, 2007), que pode evoluir levando a prostração, febre e, em casos mais severos, até desidratação e necessidade de internação hospitalar. Através dos aspectos clínicos e evolução do quadro, faz-se o diagnóstico clínico (FRAIZ et al., 1996; CASTRO, 2000). As manifestações clínicas envolvem de maneira espontânea e quase por completo no período de dez a quatorze dias (DUTRA; SANTOS; GIL, 1995; FRAIZ et al., 1996; GLICK, 2002).

O tratamento é essencialmente sintomático e seu objetivo é obter níveis satisfatórios de nutrição e hidratação. Além disso, aplicação tópica de vaselina sólida para umidificar e hidratar os lábios, bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12%, três vezes ao dia também podem ser realizados (CHIARELLI; RAU; SCORTEGAGNA, 2008).

### 3.4 ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO E OUTROS MOTIVOS

#### 3.4.1 Freio Lingual Encurtado

Por sua vez, estruturas anatômicas de crianças podem resultar em consultas odontológicas de urgência. A alteração do freio lingual (FL) ou anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento congênita, na qual uma pequena porção de tecido, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento embrionário, permanece na superfície sublingual (KNOX, 2010; ARAUJO et al., 2020). Epidemiologicamente, a anquiloglossia está presente em 4 a 11% dos recém-nascidos (OSHEA et al., 2017).

Clinicamente, o FL encontra-se anteriorizado e se insere ao ápice da língua, podendo apresentar-se curto, firme e grosso (JACSON, 2012; OSHEA et al.,

2017). Fisiologicamente, o FL tem a função de limitar o movimento da língua para facilitar a fala, a deglutição e a fonação (VIEIRA, 2012).

A anquiloglossia em crianças pode levar a vários problemas, como dificuldades na amamentação, limitação nos movimentos linguais, distúrbios da fala, manutenção contínua da boca entreaberta, postura baixa da língua na cavidade oral, falta de higiene bucal e bullying por pares durante a infância e a adolescência (FRIGGI; ORSI; CHELOTTI, 1998; KROL; KEELS, 2007).

Diante de possíveis complicações e comprometimento dessas funções especialmente a manutenção do aleitamento materno em recém-nascidos (DEZAN-GARBELINI; BOER; PINTO, 2020) se faz necessário alguma intervenção. O tratamento primário para anquiloglossia em bebês é a frenulotomia. Outros tratamentos propostos são frenectomia, fisioterapia, fonoaudiologia (WALSH; TUNKEL, 2017).

#### 3.4.2 Dentes Natais e Neonatais

Elementos dentários decíduos irrompidos precocemente na cavidade oral também podem resultar em motivos de consultas ao cirurgião-dentista. Conceitualmente, dentes natais são aqueles que estão presentes ao nascimento do bebê e os neonatais são os que erupcionam no primeiro mês de vida (MASSLER; SAVARA, 1950). A etiologia da erupção precoce desses dentes natais ou neonatais ainda são desconhecidos (BODENHOLFF; GORLIN, 1963; WANG; LIN; LIN, 2017).

A prevalência de dentes natais e ou neonatais é bem ampla, variando de 1:1000 a 1:30.000 nascidos vivos (ALMEIDA; GOMIDE, 1996; CUNHA et al., 2001; WANG; LIN; LIN, 2017). Contudo, dentes natais são mais frequentes do que os dentes neonatais, sendo a razão aproximadamente 3:1 (BODENHOLFF; GORLIN, 1963).

Devido à ausência de formação radicular podem apresentar grande mobilidade, o que é motivo de preocupação, já que a criança pode deglutir ou aspirar o dente. Ainda, os dentes natais e neonatais podem causar úlceras no ventre da língua (Doença de Riga-Fede) e traumas no mamilo do seio materno, dificultando a amamentação (DINIZ et al., 2008; SEVALHO et al., 2011; COSTACURTA et al., 2012;

KADAM et al., 2013). Desta forma, o tratamento varia entre a exodontia imediata em casos de dentes com grande mobilidade, desgaste da borda incisal ou preservação do caso (SIMÕES et al., 2014).

#### 4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, baseado em levantamento de prontuários de crianças de 0 a 6 anos de idade, atendidas no serviço de PAO-BBC-UEL no final da década de 2000 (década 00, representada pelos anos de 2008/2009) (G8/9) e final da década de 2010 (década 10, representada pelos anos de 2018/2019) (G18/19). O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa/UEL e obteve parecer favorável - número do parecer: 4.478.186 (Anexo A).

Análise exploratória no registro de dados do serviço indicou que, no período em que se pretende realizar o levantamento, foram atendidas pela primeira vez cerca de 2600 crianças, às quais foram atribuídas um determinado número de prontuário. Porém, estima-se que o número de atendimentos possa ser até duas vezes maior, pois muitos pacientes recorrem duas ou mais vezes ao pronto atendimento. Além disso, para crianças que possuem um número de registro ativo no programa de prevenção da Bebê-Clínica não é aberto um prontuário de pronto atendimento, sendo este atendido e as informações registradas em seu prontuário original.

Foi considerada como variável dependente o motivo para a consulta e como variáveis independentes os dados sócio-demográficos e clínicos. As variáveis coletadas e suas respectivas categoriais encontram-se descritas no quadro 3. Foram excluídos da análise os prontuários que apresentarem duas ou mais informações ausentes ou incompletas, no domínio clínico.

**Quadro 3** - Variáveis e categorias das informações a serem coletadas nos prontuários de crianças atendidas no PAO-BBC/UEL, 2008-2009/2018-2019

DOMÍNIO	VARIÁVEL	CATEGORIA
<b>SÓCIO- DEMO- GRÁFIC O</b>	<b>Sexo</b>	1 Masculino 2 Feminino
	<b>Local de Residência</b>	1 Londrina 2 Cambé 3 Ibiporã 4 Outros
	<b>Escolaridade do pai é <math>\geq</math> 8 anos?</b>	1 Sim 2 Não
	<b>Escolaridade da mãe é <math>\geq</math> 8 anos?</b>	1 Sim 2 Não

	<b>Consta a Unidade Básica de Saúde Referência?</b>	1 Não 2 Sim
	<b>Tem carta de encaminhamento?</b>	1 Não 2 Sim
<b>CLÍNICO</b>	<b>A criança é PNE?</b>	1 Não 2 Sim
	<b>A criança possui alguma enfermidade sistêmica?</b>	1 Não 2 Sim
	<b>Utilização do pacote pediátrico?</b>	1 Sim 2 Não
	<b>Uso de Anestesia local?</b>	1 Sim 2 Não
	<b>Qual o motivo do atendimento?</b>	1 Orientação 2 Complicações Cárie Dentária 3 Traumatismo Dentoalveolar 4 Doença de Boca 5 Anomalias do desenvolvimento e Outros
	<b>Tem dor associada à cárie?</b>	1 Sim 2 Não
	<b>Tem presença de fístula/abscesso?</b>	1 Sim 2 Não
	<b>Traumatismo dentário e a localização da fratura dentária</b>	1 Trinca de esmalte (E) 2 Fratura E 3 Fratura E + Dentina (D) 4 Fratura E + D + Polpa (P) 5 Fratura E + D + P + Cimento (C) 6 Fratura E + D + C 7 Radicular
	<b>Traumatismo dentário e as luxações aos tecidos periodontais</b>	1 Concussão 2 Subluxação 3 Luxação lateral 4 Extrusão 5 Avulsão 6 Intrusão
	<b>Tratamento do traumatismo</b>	1 Imediato 2 Tardio
	<b>Doença de boca</b>	1 Candidose 2 GEHA 3 Outra
<b>Outros</b>	1 Freio lingual 2 Dente natal/neonatal 3 Cistos de inclusão 4 Demais	

Fonte: O próprio autor (2021).

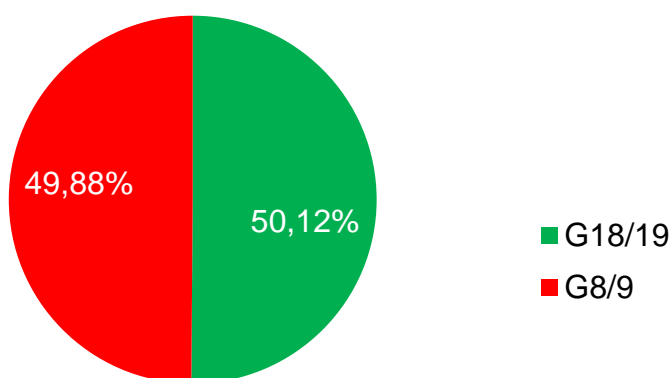
Os dados obtidos foram digitados num banco de dados e analisados

por meio do pacote estatístico SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0. Armonl, NY: IBM Corp). Dados qualitativos (sexo, faixa etária, local de residência, motivo de consulta, escolaridade paterna e materna) foram expressos em frequência absoluta e relativa (n, %). A associação entre variáveis quantitativas foi verificada por meio do teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%.

## 5 RESULTADOS

Em uma amostra total de 2514 prontuários de pacientes analisados, 22 foram excluídos do estudo pois apresentaram duas ou mais informações ausentes ou incompletas no domínio clínico. Destarte, 2492 (100,00%) prontuários foram incluídos, sendo 1243 (49,88%) em G8/9 e 1249 (50,12%) em G18/19 (Figura 1).

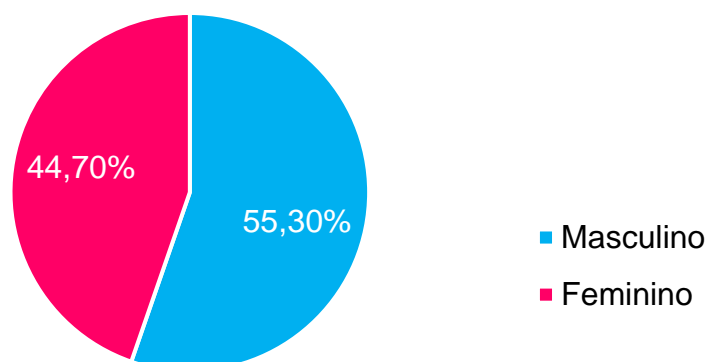
**Figura 1.** Amostra total de prontuários analisados



**Fonte:** PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

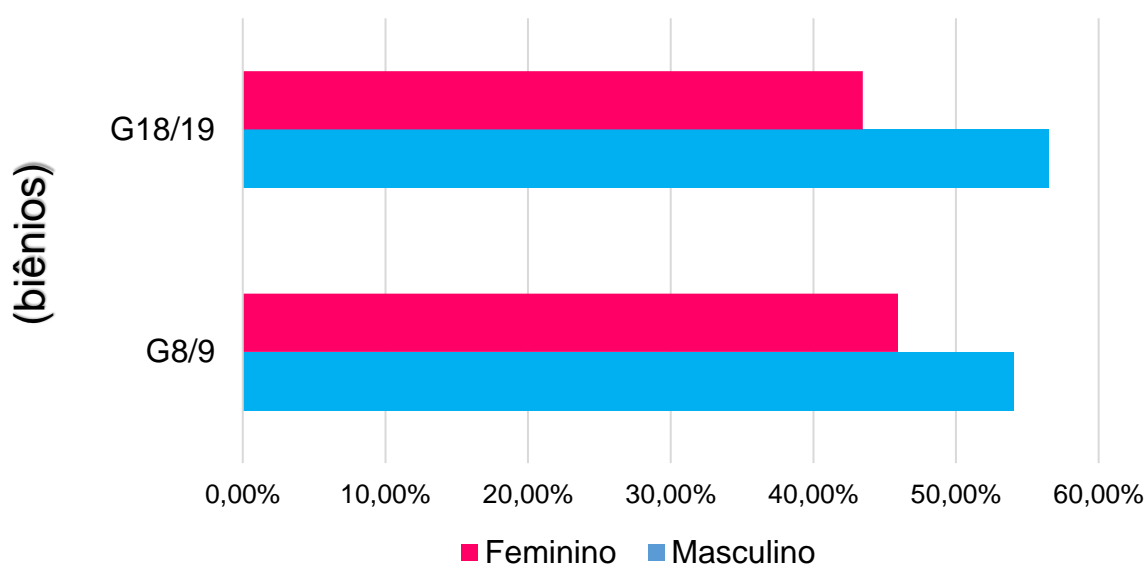
No que diz respeito à distribuição da amostra total com relação ao sexo, 1378 (55,30%) pacientes eram do sexo masculino e 1114 (44,70%) do sexo feminino (Figura 2). Comparativamente entre os biênios, em G8/9, 672 (54,06%) pacientes eram do sexo masculino e 571 (45,94%) do sexo feminino, enquanto em G18/19, 706 (56,53%) pacientes eram do sexo masculino e 543 (43,47%) do feminino (Figura 3) ( $p=0,216$ ).

**Figura 2.** Distribuição da amostra total de acordo com o sexo das crianças



Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

**Figura 3.** Comparação entre os biênios G8/9 e G18/19 de acordo com o sexo das crianças

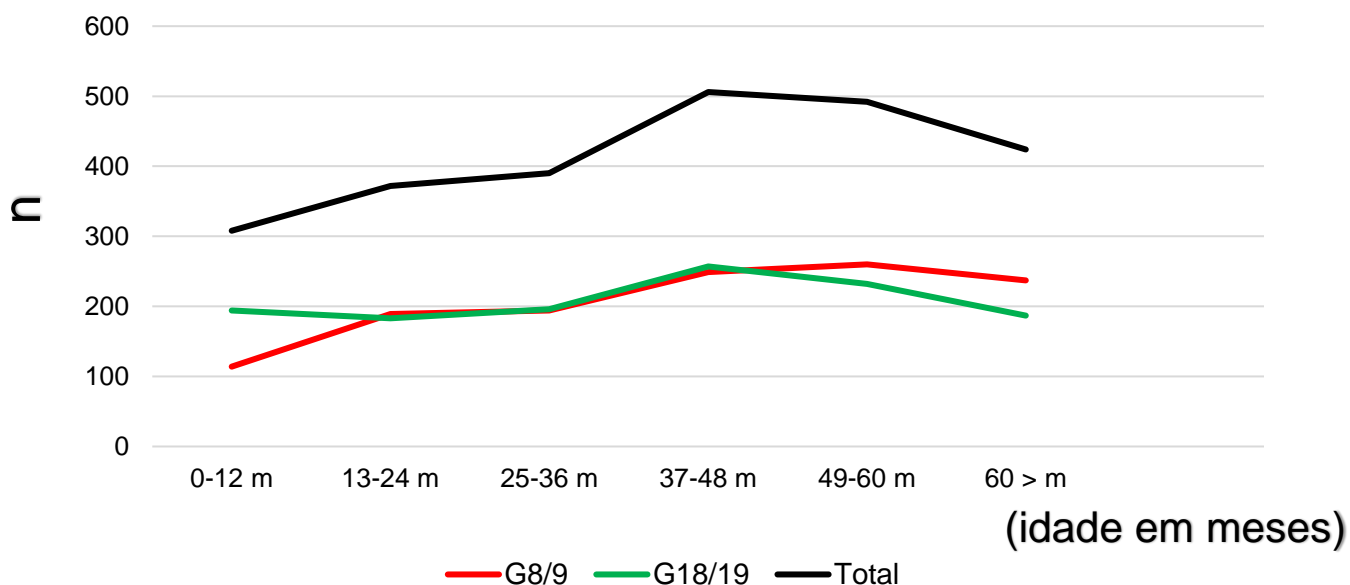


Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

No que concerne a faixa etária, para ambos os biênios, a maioria das crianças pertenciam a faixa etária de 37-48 meses de idade (20,30%). Além disso, observou-se aumento significativo do número de bebês de 0-12 meses atendidos em G18/19 em comparação com G8/9 (15,53% x 9,17%) e redução do número de crianças maiores de 60 meses (14,97% x 19,07%) ( $p < 0,001$ ) (Figura 4).

**Figura 4.** Frequência de consultas por faixa etária em meses

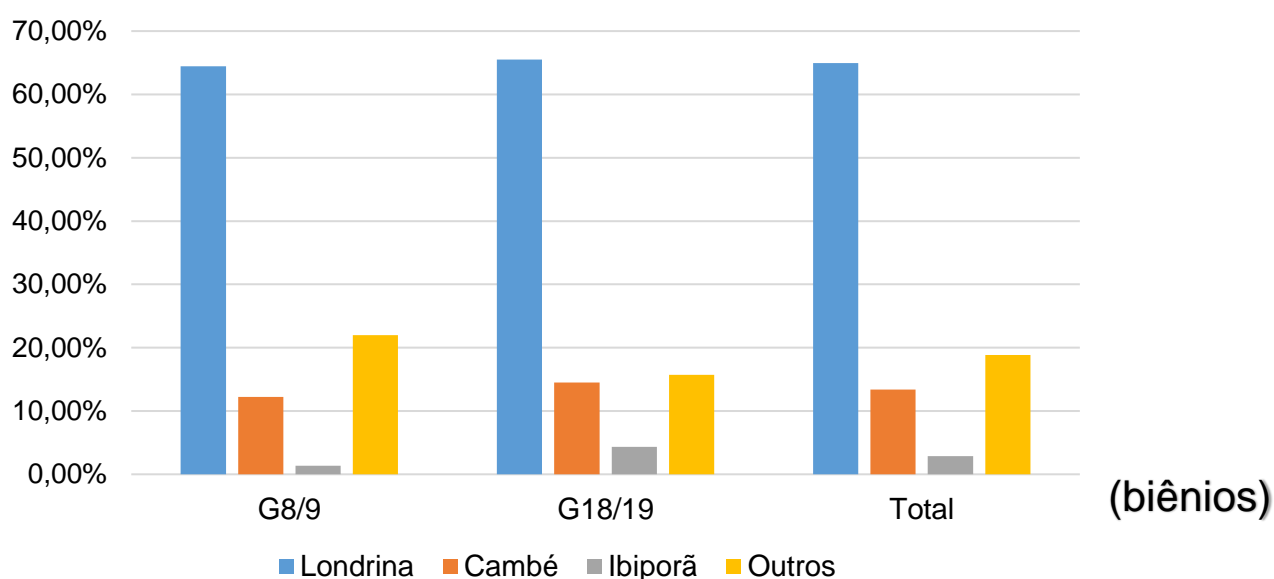




Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

Em relação à distribuição das crianças de acordo com o município, pode-se constatar que (64,97%) desses pacientes eram provenientes de Londrina, seguido de (18,82%) de municípios não vizinhos de Londrina, (13,36%) do município de Cambé e (2,85%) de Ibiporã. Adicionalmente, observou-se aumento significativo do número pacientes referendados da atenção primária do município de Ibiporã em G18/19 em comparação com G8/9 (15,53% x 9,17%) ( $p < 0,001$ ) (Figura 5).

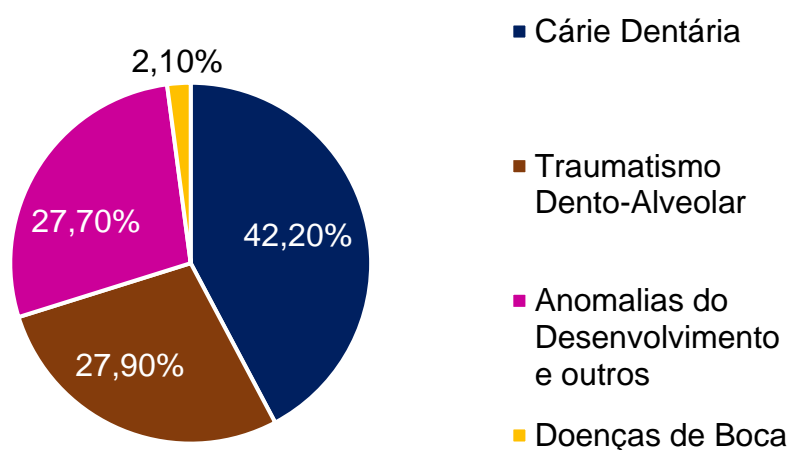
**Figura 5.** Distribuição das crianças de acordo com o município



Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

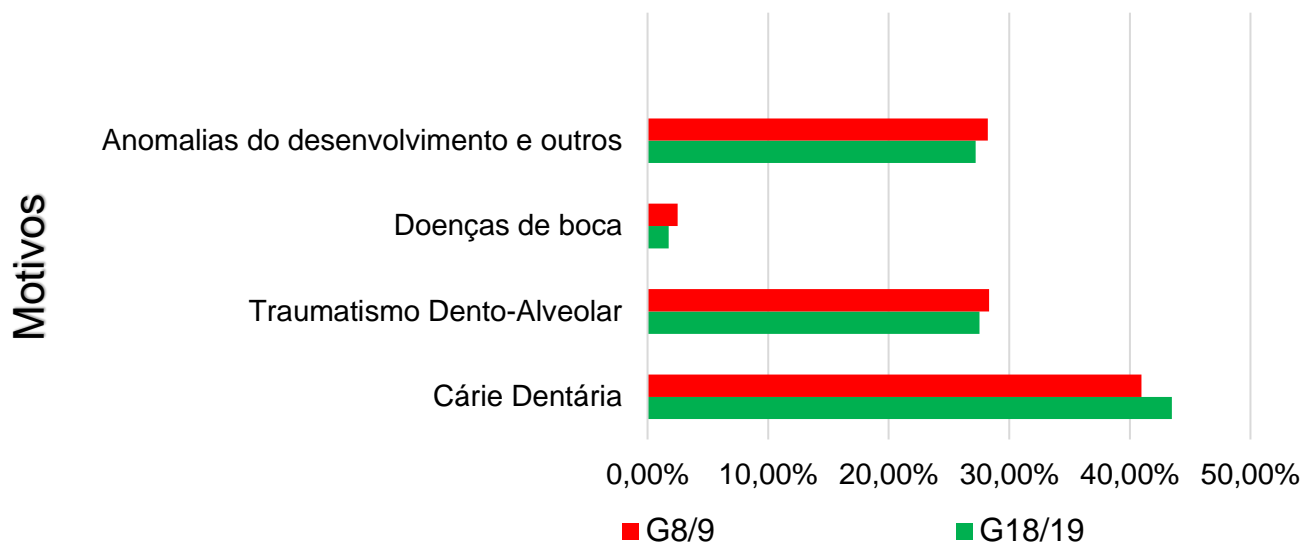
No que se refere à distribuição da amostra total (100,00%) com relação aos principais motivos de consultas, foi verificado maior predominância de cárie dentária (CD) (42,20%), seguido de traumatismo dento-alveolar (TD) (27,90%), anomalias do desenvolvimento e outros (ADO) (27,70%) e doenças de boca (2,10%) (Figura 6) ( $p=0,411$ ). Somado a isso, não foi detectada diferença estatística significativa entre os principais motivos de consultas entre os biênios 2008/2009 e 2018/2019, respectivamente: CD (40,95% x 43,48%) ( $p=0,202$ ), TD (28,32% x 27,54%) ( $p=0,666$ ), doenças de boca (2,50% x 1,76%) ( $p=0,205$ ) e ADO (28,23% x 27,22%) ( $p=0,571$ ) (Figura 7).

**Figura 6.** Motivos de consultas mais frequentes (%) da amostra total – G8/9 e G18/19



**Fonte:** PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

**Figura 7.** Comparação entre os biênios G8/9 e G18/19 sobre os motivos de consultas mais frequentes (%)



Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

Acerca dos principais motivos de consultas de acordo com a faixa etária dos pacientes, pode-se notar que para a faixa etária de 0 a 12 meses (12,36%), a principal razão de urgência odontológica diz respeito as ADO (76,30%) ( $p < 0,001$ ). Para as faixas etárias de 13 a 36 meses (30,58%), o TD foi o principal motivo de consulta, demonstrando maior porcentagem na faixa etária de 13 a 24 meses (44,36%) ( $p < 0,001$ ). Já para as demais faixas etárias, 25 a maiores de 60 meses (72,71%), a CD foi o motivo de urgência mais prevalente, sendo a faixa etária de 49 a 60 meses com maior porcentagem (61,99%) ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

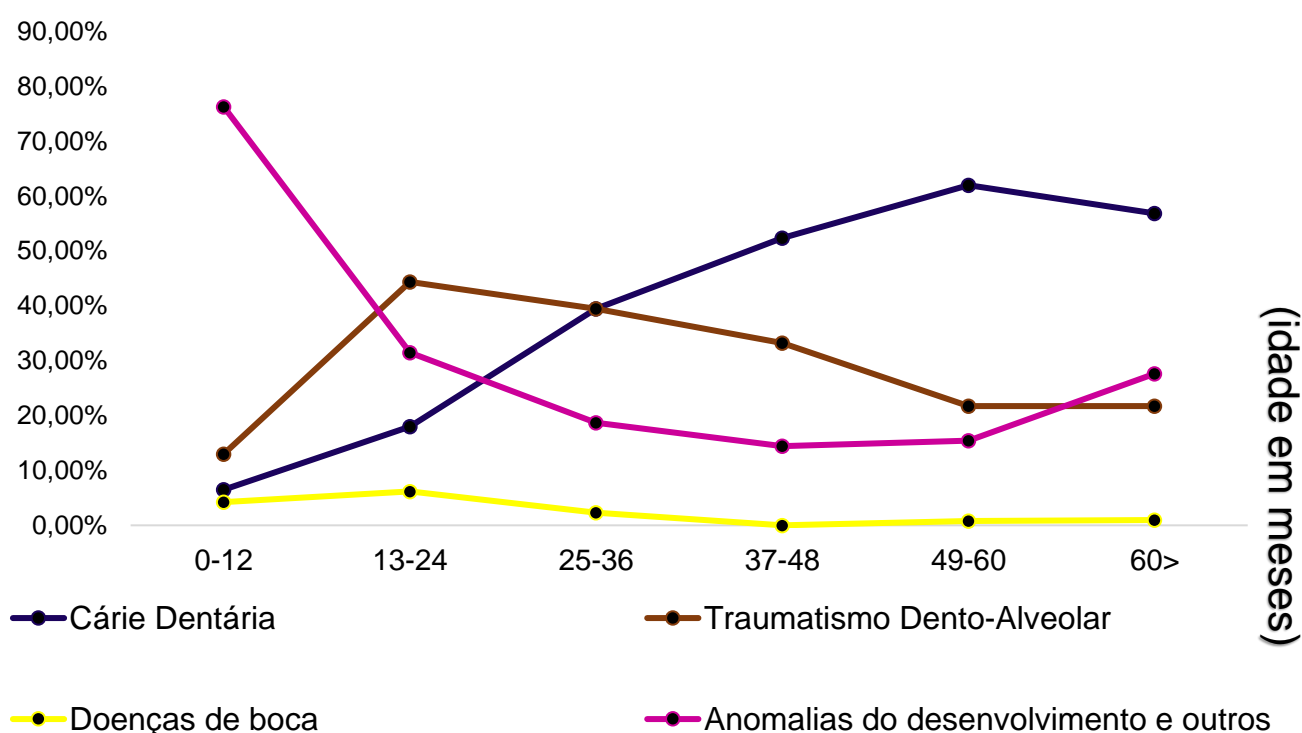
**Tabela 1.** Motivos de consultas segundo a distribuição da faixa etária em meses

FAIXA ETÁRIA EM MESES	MOTIVOS DE CONSULTAS					Total
	Cárie Dentária	Traumatismo dento-alveolar	Doenças de boca	Anomalias do desenvolvimento e outros	do e	
<b>0-12</b>	n	20	40	13	235	308
	%	6,49%	12,99%	4,22%	76,30%	12,36%
<b>13-24</b>	n	67	165	23	117	372
	%	18,01%	44,36%	6,18%	31,45%	14,93%
<b>25-36</b>	n	154	154	9	73	390
	%	39,49%	39,49%	2,30%	18,72%	15,65%

<b>37-48</b>	n	265	168	0	73	506
	%	52,37%	33,20%	0,0%	14,43%	20,30%
<b>49-60</b>	n	305	107	4	76	492
	%	61,99%	21,75%	0,81%	15,45%	19,74%
<b>60&gt;</b>	n	241	62	4	117	424
	%	56,84%	21,75%	0,94%	27,60%	17,02%
<b>Total</b>	n	1052	696	53	691	2492
	%	42,20%	27,90%	2,10%	27,70%	100,00%

Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

**Figura 8.** Motivos de consultas segundo a distribuição da faixa etária em meses



Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

Quanto à associação entre sexo e motivo da consulta em relação a amostra total, pode-se constatar que houve diferença estatística significativa entre os sexos masculino x feminino, respectivamente, para o motivo de: TD (59,91 x 40,09%) ( $p=0,004$ ). Em contrapartida, para a CD (52,85% x 47,15%) ( $p=0,036$ ), doenças de boca (49,06% x 50,94%) ( $p=0,356$ ) e ADO (54,85% x 45,15%) ( $p=0,780$ ), não

houveram diferença estatística significativa (Tabela 2).

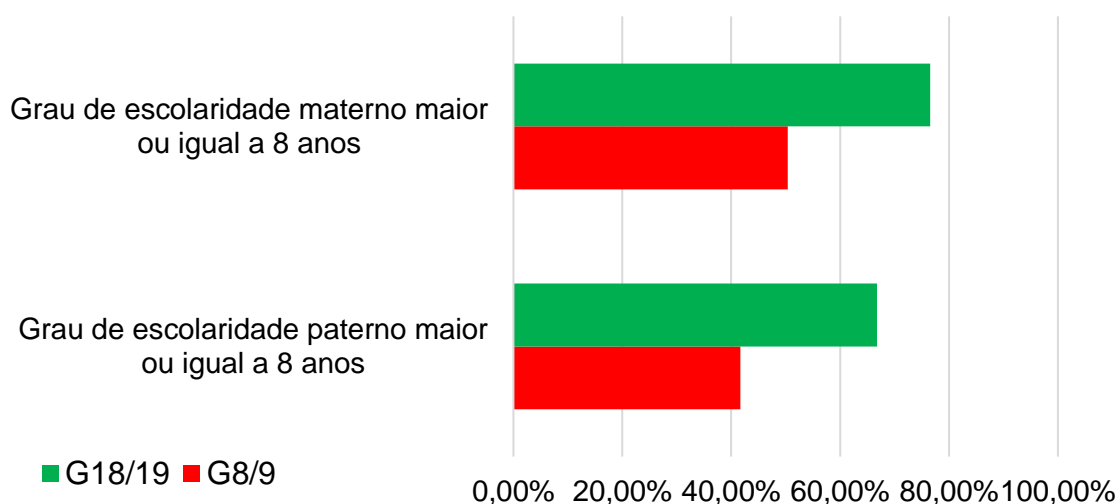
**Tabela 2.** Associação entre os motivos de consultas e sexos

SEXO		MOTIVOS DE CONSULTAS					Total
		Cárie dentária	Traumatismo dento-alveolar	Doenças de boca	Anomalias do desenvolvimento e outros	do e	
Masculino	n	556	417	26	379		1378
	%	52,85%	59,91%	49,06%	54,85%		100,00%
Feminino	n	496	279	27	312		1114
	%	47,15%	40,09%	50,94%	45,15%		100,00%
Total	n	1052	696	53	691		2492
	%	42,20%	27,90%	2,10%	27,70%		100,00%

Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

No que diz respeito ao grau de escolaridade paterno e materno, respectivamente, em G8/9, somente 41,67% dos pais e 50,36% das mães possuíam o grau de escolaridade igual ou superior a 8 anos ( $p < 0,001$ ). Em G18/19, pôde-se verificar aumento significativo no número de pais e mães, respectivamente (66,77% x 76,54%), com o grau de escolaridade igual ou superior a 8 anos ( $p < 0,001$ ) (Figura 9).

**Figura 9.** Grau de escolaridade paterno e materno nos biênios G8/9 e G18/19 (%)



Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

Acerca da associação entre o grau de escolaridade paterno e motivos de consultas, em G8/9, (50,10%) das urgências de CD ocorreram advindas de pais

com o grau de escolaridade inferior a 8 anos ( $p=0,021$ ). Já em G18/19, entre os pais com escolaridade superior ou igual a 8 anos, a frequência encontrada de crianças com CD foi menor do que a esperada, respectivamente (62,43% x 66,66), indicando uma associação inversa ( $p=0,004$ ) (Tabela 3).

Em ambos os biênios, G8/9 e G18/19, respectivamente, os motivos relacionados a TD ( $p=0,220$  x  $p=0,114$ ), doenças de boca ( $p=0,470$  x  $p=0,500$ ) e ADO ( $p=0,108$  x  $p=0,003$ ), foram mais consultados por pais com nível de escolaridade igual ou superior a 8 anos, com exceção em G8/9 para o motivo de anomalias do desenvolvimento ( $p=0,108$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Motivos de consultas com relação ao grau de escolaridade paterno

GRAU DE ESCOLARIDADE PATERNO		MOTIVOS DE CONSULTAS									
		Cárie dentária		Traumatismo dento-alveolar		Doenças de boca		Anomalias do desenvolv.		Total	
BIÊNIO ANALISADO		G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19
Inferior a 8 anos	n	255	109	153	48	13	5	168	42	589	204
	%	50,10	20,07	43,46	13,95	41,94	22,73	47,86	12,35	47,38	16,33
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Igual ou superior a 8 anos	n	190	339	158	227	16	15	155	252	518	833
	%	37,33	62,43	44,89	65,99	51,61	68,18	44,16	74,12	41,76	66,69
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Sem informação	n	64	95	41	69	2	2	28	46	135	212
	%	12,57	17,50	11,65	20,06	6,45%	9,09%	7,98%	13,53	10,86	16,98
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	n	509	543	352	344	31	22	351	340	1243	1249
	%	40,95	43,48	28,32	27,54	2,50%	1,76%	28,23	27,22	100,00	100,00
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).

Com relação a associação entre o grau de escolaridade materno e motivos de consultas, em G8/9, (53,63%) das urgências de CD ocorreram advindas de mães com o grau de escolaridade inferior a 8 anos ( $p < 0,001$ ). Já em G18/19, entre as mães com escolaridade superior ou igual a 8 anos, a frequência encontrada de crianças com CD foi menor do que a esperada, respectivamente (71,19% x 76,54%), indicando uma associação inversa ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4).

Em ambos os biênios, G8/9 e G18/19, respectivamente, os motivos relacionados a TD ( $p < 0,001$  x  $p = 0,138$ ), doenças de boca ( $p = 0,357$  x  $p = 0,659$ ) e ADO ( $p = 0,058$  x  $p < 0,001$ ), foram mais consultados por mães com nível de escolaridade igual ou superior a 8 anos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Motivos de consultas com relação ao grau de escolaridade materno

GRAU DE ESCOLARIDADE MATERNO	DE	MOTIVOS DE CONSULTAS									
		Cárie dentária		Traumatismo dento-alveolar		Doenças de boca		Anomalias do desenvolv.		Total	
BIÊNIO ANALISADO		G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19	G8/9	G18/19
Inferior a 8 anos	n	273	102	125	44	13	2	142	28	553	176
	%	53,63%	18,79%	35,51%	12,79%	41,94%	9,09%	40,46%	8,23%	44,49%	14,09%
Igual ou superior a 8 anos	n	211	392	202	259	18	17	195	288	626	956
	%	41,46%	72,19%	57,39%	75,29%	58,06%	77,27%	55,55%	84,71%	50,26%	76,54%
Sem informação	n	25	49	25	41	0	3	14	24	64	117
	%	4,91%	9,02%	7,10%	11,92%	0,0%	13,64%	3,99%	7,06%	5,15%	9,37%
<b>Total</b>	n	509	543	352	344	31	22	351	340	1243	1249

---

	%	40,95	43,48	28,32	27,54	2,50%	1,76%	28,23	27,22	100,00	100,00
	%		%	%	%			%	%	%	%

---

**Fonte:** PAO-BBC-UEL (2008/2009 – 2018/2019).



## 6 DISCUSSÃO

Em relação aos resultados obtidos, o presente estudo constatou maior demanda de meninos atendidos nas consultas de urgências. Tais achados corroboram com outros estudos referentes aos serviços odontológicos de urgência prestados à população (ANTUNES et al., 2017; MARTENS et al., 2018; SANTOS; DABBAGH, 2020), nos quais relataram maior proporção de crianças do sexo masculino.

Com relação a faixa etária, observou-se que a maioria dos atendimentos foram realizados em crianças de 37 a 48 meses de idade. Devido a limitação da própria literatura, os resultados verificados em outros trabalhos são contrários a faixa etária encontrada (ANTUNES et al., 2017; MARTENS et al., 2018; SANTOS; DABBAGH, 2020). Isso pode ser justificado em função da divergência da divisão das faixas etárias adotada por Antunes et al. (2017). Outros fatores que explicam esse antagonismo referem-se à organização e faixa etária dos respectivos serviços analisados e consequente inclusão de crianças com mais idade e adolescentes.

No presente estudo, a análise do município de residência apontou que a maioria dos pacientes atendidos eram provenientes de Londrina – PR, em consonância com a pesquisa de Antunes et al. (2017). Nesse sentido, essas informações sugerem possível infraestrutura inadequada, recursos e materiais odontológicos insuficientes e ausência de profissionais especializados para o atendimento de urgências odontopediátricas na atenção básica (UBS e cirurgiões-dentistas). Além disso, o tardio ingresso do bebê/criança nos programas educativos/preventivos e a busca por atendimento somente em casos de dor ou situações de urgências ratificam os motivos do encaminhamento para o PAO-BBC-UEL.

Outro resultado derivado do município de residência refere-se ao aumento significativo de pacientes referendados da atenção primária do município de Ibiporã em G18/19 em comparação com G8/9. Esse resultado pode ser explicado devido à possível expansão territorial e desenvolvimento do município, aliados ao aumento do número de cirurgiões-dentistas e do número de UBS. Desta forma,

destaca-se a necessidade de mais estudos serem realizados sobre o assunto.

O motivo de consulta odontológica de urgência mais frequente, em ambos os biênios, refere-se a cárie dentária (CD). Esse achado assemelha-se a outros trabalhos desenvolvidos (ANTUNES et al., 2017; MARTENS et al., 2018; KAZEMINIA et al., 2020; SANTOS; DABBAGH, 2020), tendo sua frequência entre 38,9% (ANTUNES et al., 2017) e 83,0% (ALHABDAN et al., 2018). O elevado número de pacientes com CD é preocupante, pois suas consequências podem afetar muito a saúde geral, desenvolvimento social, autoestima e qualidade de vida das crianças e seus cuidadores (SANTOS; DABBAGH, 2020).

No que diz respeito a distribuição da CD entre os sexos, não foi detectada diferença estatística significativa, corroborando com os estudos de Ferreira et al. (2007) e Santos e Dabbagh (2020).

A maior prevalência de CD foi verificada na faixa etária de 49-60 meses de idade, conforme encontrado nas pesquisas de Ferreira et al. (2007) e Antunes et al. (2017). Por ser considerada a doença bucal crônica mais prevalente na infância e ser um problema de saúde a nível mundial (MATTHEUS; SHANNON, 2015), essa disbiose implica necessariamente no desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam o acesso efetivo aos serviços odontológicos, contribuam para promover saúde e diminuir a prevalência, já que a CD representa uma doença evitável desde a mais tenra idade.

O segundo motivo mais prevalente em nossa pesquisa refere-se ao traumatismo dento-alveolar (TD) com 27,90%. O presente estudo apresenta-se em consonância com a literatura, tendo sua frequência entre 28,10% (ANTUNES et al., 2017), 32,90% (SANTOS; DABBAGH, 2020), e 35,30% (MARTENS et al., 2018). Devido a sua alta frequência relatada, possibilidade de sequelas irreversíveis e comprometimento social, os serviços de urgências devem estar preparados para lidar com TD de forma ágil e efetiva (AMORIM et al., 2011).

Tratando-se da distribuição do TD entre os sexos foi constatado diferença estatística significativa. Encontrou-se que 59,91% dos casos de TD eram do sexo masculino, estando de acordo com os estudos de Martens et al. (2018), Santos e Dabbagh (2020) e Ng et al. (2020). Essa predominância do sexo masculino pode

ser atribuída à participação em jogos mais perigosos e práticas de atividades/esportes de contato (DÍAZ et al., 2010).

As maiores prevalências de TD verificadas ocorreram na faixa etária de 13 a 36 meses de idade, dados esses, semelhantes a outras pesquisas (AMORIM et al., 2011; ANTUNES et al., 2017; MARTENS et al., 2018; NG et al., 2020). Nessa idade, os bebês/crianças estão mais propensos aos TD em função do desenvolvimento de habilidades da coordenação motora.

Outro motivo de consulta derivado de nossa pesquisa, que apresentou alta prevalência, refere-se as anomalias do desenvolvimento e outros. Esse achado corrobora com o trabalho realizado por Antunes et al. (2017), tendo sua frequência relatada em 30,60%. Da mesma forma, o presente motivo foi mais prevalente em bebês (75,00%) (ANTUNES et al., 2017).

No presente estudo foi verificado aumento significativo no grau de escolaridade de pais e mães ao longo de 10 anos. As políticas de expansão da educação básica e superior, elaboradas nesse período, apontam para avanços sociais que, conseqüentemente, acarretaram redução do analfabetismo no país e aumento do acesso de indivíduos à educação básica e superior. Entretanto, apesar deste avanço proporcionado, há que se questionar sobre qual o tipo de educação disponibilizado para a população, pois as políticas educacionais visam estimular a formação tecnicista, atuante como força de trabalho no mercado (ROTONDANO, 2020). Nesse contexto, embora pais e cuidadores tenham apresentado bom nível educativo, com o aumento da escolaridade paterna e materna advindos dessas políticas sociais, naturalmente, há aumento na renda e, por consequência, aumento no acesso aos alimentos industrializados. Logo, torna-se essencial que haja ações de educação em saúde, para otimizar os benefícios do aumento da escolaridade.

No que se refere ao grau escolaridade paterno/materno e motivo de consulta no PAO-BBC-UEL, para ambos os biênios, a maioria das consultas por CD ocorreram em pacientes, os quais seus cuidadores, apresentaram grau de escolaridade inferior a 8 anos. Tais informações, apresentam-se em consonância com a literatura, que demonstra maior prevalência de cárie dentária em crianças com pais e mães com baixa escolaridade (ANTUNES et al., 2017; ALHABDAN et al., 2018;

STORMON; FORD; LALLOO, 2020). É extensamente relatado que, em pais com nível de escolaridade mais baixo, há influências negativas na saúde bucal dos filhos e no desenvolvimento de doenças bucais (CASTILHO et al., 2013; ANTUNES et al., 2017; PINTO et al., 2017; STORMON; FORD; LALLOO, 2020).

Tendo em vista os demais motivos de urgências, TD, doenças de boca e ADO, para ambos os biênios, foi verificado mais consultas por pais e mães com nível de escolaridade igual ou superior a 8 anos, conforme observado por Antunes et al. (2017). É fato que, quanto maior o nível de escolaridade dos pais, mais favorável é o autocuidado bucal (CASTILHO et al., 2013) e demonstram maior atenção, dedicação e compreensão com as condições bucais de seus filhos.

## 7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, pôde-se concluir que:

- Em G18/19, houve aumento significativo de bebês de 0-12 meses e diminuição do número de crianças maiores de 60 meses em comparação ao biênio G8/9;
- Constatou-se associação entre a faixa etária e o motivo de consulta, sendo as anomalias do desenvolvimento e outros motivos mais prevalente para a faixa etária de 0-12 meses; traumatismo dento-alveolar mais prevalente em pacientes de 13-36 meses e cárie dentária mais frequente em crianças maiores de 2 anos de idade. Adicionalmente, a alta prevalência dessas doenças representa problemas de saúde pública, o que requer propostas de intervenções baseadas em prevenção, diminuição e tratamento dessas lesões;
- Em ambos os biênios analisados, o traumatismo dento-alveolar foi mais prevalente em pacientes do sexo masculino;
- Em ambos os biênios estudados, o grau de escolaridade paterno e materno teve influência no motivo da busca por atendimento. Filhos de pais/mães com nível de escolaridade menor que 8 anos apresentaram cárie dentária com mais frequência, enquanto traumatismo dento-alveolar, doenças de bocas e anomalias do desenvolvimento e outros foram mais consultados por pais/mães com nível de escolaridade maior ou igual a 8 anos.

Com base nos motivos de busca pelo serviço, pôde-se inferir que embora tenham permanecidos estáveis, o aumento no número de pacientes referendados aponta para a melhoria na organização dos serviços públicos de saúde. Além disso, programas educativos-preventivos podem reduzir o número de consultas de urgências relatadas, impactando diretamente na diminuição da lista de espera,

racionalização dos recursos financeiros e na qualidade de vida das crianças e cuidadores.

Em última análise, o presente estudo possibilitou o levantamento de informações essenciais para a otimização do fluxo de pacientes e o desenvolvimento de estratégias efetivas ofertadas nos atendimentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALDRIGUI, J. et al. Impact of traumatic dental injuries and € malocclusions on quality of life of young children. **Health Qual Life Outcomes**, v. 9, n. 78, 2011.

ALHABDAN, Y. A. et al. "Prevalence of dental caries and associated factors among primary school children: a population-based cross-sectional study in Riyadh, Saudi Arabia." **Environmental health and preventive medicine**, v. 23, n. 1, p. 60, 2018.

ALMEIDA, C.M.; GOMIDE, M.R. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 33:297e9, 1996.

AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC DENTISTRY; American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. **Pediatr Dent**. v. 30(7 Suppl), p. 40-3, 2008-2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on early childhood caries: classifications, consequences, and preventive strategies. **Ref Manual**. v. 39, n. 6, p. 59-61, 2016.

AMORIM, L. F. G.; COSTA, L. R.; ESTRELA, C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. **Dent Traumatol**, v.27, n. 5, p. 368-73, 2011.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; MELLO, T. R. C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciê. Saúde Coletiva**, v.11, n. 1Suppl, p79-87, 2006.

ANTUNES, J. L. F. et al. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Rev Saude Pública**, v. 50, 57, 2016.

ANTUNES, R. de B. et al. Perfil de problemas orales en infantes y preescolares atendidos en el servicio de urgencias odontológicas de un centro de salud infantil de Brasil. **Revista "ODONTOLOGÍA"** v.19, n. 2, p.17-29, 2017.

ARAUJO, M. C. et al. Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. **J Pediatr**, v.96, n.3, p 379-385 2020.

ARDENGHI, T. M. et al. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. **Oral Health Prev Dent**, v.10, n.1, p. 17-27, 2012.

ARDENGHI, T. M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n. 3 suppl, p. 129-137, 2013.

ARDUINO, P. G.; PORTER, S. R. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features\*. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 37,

n.2, p. 107–121, 2007.

ASLANOVA, M.; ZITO, P. M. Herpetic Gingivostomatitis. [Updated 2020 Jan 7]. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526068>. Acesso em: 13 abr. 2020.

ASSUNÇÃO, L. R. S.; CUNHA, R. F.; FERELLE, A. Análise dos traumatismos e suas seqüelas na dentição decídua. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.7, n.2, p. 173–179, 2007.

BALDANI, M. H.; LOPES, C. M. D. L.; SCHEIDT, W. A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa - PR, Brasil. **Pesqui Odontol Bras**, v.15, n.4, p. 302-307, out./dez. 2001.

BANSAL, M. et al. Reasons for extraction in primary teeth among 5-12 years school children in Haryana, India- A cross-sectional study. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v.9, n. 4, p. 545–549, 2017.

BAXEVANOS, K. et al. Psychosocial factors and traumatic dental injuries among adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.45, n.5, p. 449–457, 2017.

BENZIAN, H. et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. **Int Dent J**, v.61, n.3, p. 124–130, 2011.

BODENHOLFF, J.; GORLIN, R. J. Natal and neonatal teeth: folklore and fact. **Pediatrics**, v. 32:1087e93, 1963.

BOMFIM, R. A.; HERRERA, D. R.; CARLI, A. D. Oral health-related quality of life and risk factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian children: A multilevel approach. **Dent Traumatol**. v.33, n.5, p. 358–368, 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde bucal: 1a etapa - cárie dental - projeto**. Brasília, 1996.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.



BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, p.51, abr. 2004.

BRASIL. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**: Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRECHER, E. A.; LEWIS, C. W. Infant Oral Health. **Pediatric Clinics of North America**, v.65, n.5, p. 909–921. 2018.

CASTILHO, A. R. et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr (Rio J)**, v.89, n.2, p. 116-123, 2013.

CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2000.

CHIARELLI, M.; RAU, L. H.; SCORTEGAGNA, A. Gengivoestomatite herpética aguda. **Revista Odonto**, v.16, n.32, p. 124-9, 2008.

CHISINI, L. A. et al. Restorations in primary teeth: a systematic review on survival and reasons for failures. **Int J Paediatr Dent**, v. 28, n.2, p.123–139, 2018.

COSTACURTA, M.; MATURO, P.; DOCIMO, R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. **Oral Implantol**. v.5, n.1, p. 26-30, 2012.

CUNHA, R.F. et al. Natal and neonatal teeth: review of the literature. **Pediatr Dent**, v.23, n.2, p. 158-162, 2001.

CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. *In*: BARATIERI, L.N. et al.

Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades. **São Paulo**: Santos, p. 33-68, 2001.

CURY, J. A.; CALDARELLI, P. G.; TENUTA, L. M. Necessity to review the Brazilian regulation about fluoride toothpastes. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.74, 2015.

DEZAN-GARBELINI, C. C.; BOER, F. A. C.; PINTO, L. M. C. P. Mulher dentista mulher odontopediatria: reabilitação estética na infância / [editora Vania Santos]. – São Paulo: Quintessence Editora, 2019.

DÍAZ, J. A. et al. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. **Dent Traumatol**, v. 26, n.3, p. 254-61, 2010.

DINIZ, M. B. et al. A importância da interação entre odontopediatras e pediatras no manejo de dentes natais e neonatais. **Rev Paul Pediatr**, v.26, n.1, p. 64-9. 2008.

DORRI, M. et al. Atraumatic restorative treatment versus conventional restorative treatment for managing dental caries. **Cochrane Database Syst Rev**, v.12, n.12, 2017.

DUTRA, A. L. T.; SANTOS, A. A. C.; GIL, J. N. Infecções pelo vírus herpes simplex: Correlação com outras patologias. **Robrac**, v.5, n.16, p. 36-39. 1995.

EMERGÊNCIA. In.: Dicio, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7GRAUS, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/emergencia/>. Acesso em: 23/04/2020.

ESSVEIN, G. et al. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53, n.15, 2019.

FEJERSKOV, O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.1, p. 5–12, 1997.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie Dentária: A Doença e seu Tratamento Clínico**. 2 ed. Tradução: Rossetti PHO. São Paulo: Santos, 07-17, 124-126, 2011.

FELDENS, C. A. et al. Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence. **Dental Traumatology**, v.32, n.6, 429–437, 2016.

FERREIRA, S. H. et al. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. **Int J Paediatr Dent**. v.17, n.4, p. 289-96, 2007.

FRAIZ, F. C. et al. Gengivo-estomatite herpética primária. **Rev ABO Nac**, v.3, n.6, p. 382-384, 1996.

FRENCKEN, J. E. et al. Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review: report of a FDI task group. **Int Dent J**.v.62, n.5, p. 223–243, 2012.

FRIGGI, M. N. P; ORSI, R. M.; CHELOTTI, A. Técnica cirúrgica pediátrica: frenectomia lingual. **J Bras OdontopediatrOdontol. Bebe**. Curitiba: v.1, n.3, p.101-15, 1998.

GIACAMAN, R. A. Sugars and beyond. The role of sugars and the other nutrients and their potential impact on caries. **Oral Dis.** v.24, n.7, p. 1185–1197, 2018.

GLICK, M. Clinical aspects of recurrent oral herpes simplex virus infection. **Compend Contin Educ Dent**, v.23, n.7, p. 4-8, 2002.

GOETTEMS, M. L. et al. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.40, n.5, p. 451, 2012.

GUEDES-PINTO, A. C.; BÖNECKER, M.; RODRIGUES, C.R.M.D. (Org.). **Fundamentos de Odontologia - Odontopediatria.** São Paulo: Santos, 2010, 2009; cap 16, 301-304, 323-325.

HORST, J. A.; ELLENIKIOTIS, H.; MILGROM, P. L. UCSF Protocol for Caries Arrest Using Silver Diamine Fluoride: Rationale, Indications and Consent. **J Calif Dent Assoc.**v.44, n.1, p. 16–28, 2016.

INAGAKI, L. T. et al. Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 595-603, Apr. 2015.

INNES, N. P. et al. Preformed crowns for decayed primary molar teeth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

JACKSON, R. Improving breastfeeding outcomes: the impact of tongue-tie. **Community Practitioner**, v.85, n.6, p. 42–4, 2012.

KADAM, M. et al. Natal and neonatal teeth among cleft lip and palate infants. **Natl J Maxillofac Surg**, v.4, n.1, p. 73-6, 2013.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **J Dent Res.** v. 94, n.5, p. 650–658, 2015.

KAZEMINIA M. et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. **Head Face Med.** v.16, n.1, p. 22.

KNOX, I. Tongue tie and frenotomy in the breastfeeding newborn. **Neo Reviews**, v.11. p. 513–519, 2010.

KOWASH, M. B. et al. Early childhood caries and associated risk factors among preschool children in Ras Al-Khaimah, United Arab Emirates. **Eur Arch Paediatr Dent.** v.18, n. 2, p. 97–103, 2017.

KROL, D. M.; KEELS, M. A. Oral conditions. **Pediatr Rev.** v.28, n.1,15–22, 2007.

LACERDA, J. T.; BEM, M. P.; TRAEBERT, J. Dental pain in Brazilian schoolchildren: a cross-sectional study. **Int J Paediatr Dent.** v.23, p. 131-7, 2013.

LAM, R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. **Aust Dent J.** v.61, n.1 Suppl, p. 4–20, 2016.

LEMOS, L. V. F. M. et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.12, n.1, p. 6-10, Mar. 2014.

LEWIS, M. A. O.; WILLIAMS, D. W. Diagnosis and management of oral candidosis. **BDJ**, v.223, n.9, p. 675–681, 2017.

MALMGREN, B. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, v.28, n3, p. 174–182, 2012.

MARTENS L. C. et al. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. **Eur Arch Paediatr Dent**. v.19, n.4, p. 245-253, 2018.

MASSLER, M.; SAVARA, B. S. Natal and neonatal teeth; a review of 24 cases reported in the literature. **J Pediatr**. V.36, n.3, p. 349–359, 1950.

MATHUR, V. P.; DHILLON, J. K. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. **Indian J Pediatr**. v.85, n.3, p. 202–206, 2018.

MATTHEUS, D.; SHANNON, M. Oral Health Outcomes for Children in Hawaii: Not Much to Smile About. **J Dent Probl Solut**, v.2, n.3, p- 034-037, 2015.

MELKOUMOV, A. et al. Nystatin nanosizing enhances in vitro and in vivo antifungal activity against *Candida albicans*. **J Antimicrob Chemother**. v.68, n.9, p. 2099–2105, 2013.

MILLSOP, J. W.; Fazel, N. Oral candidiasis. **Clinics in Dermatology**, v.34, n.4, p. 487–494, 2016.

MURTHY, A. K.; PRAMILA, M.; RANGANATH, S. Prevalence of clinical consequences of untreated dental caries and its relation to dental fear among 12–15-year-old schoolchildren in Bangalore city, India. **Eur Arch Paediatr Dent**, v.15, n.1, p. 45-49, 2014.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 912, 2016.

NG L. et al. Traumatic dental injuries presenting to a paediatric emergency department in a tertiary children's hospital, Adelaide, Australia. **Dent Traumatol**, v. 36, n.4, p. 360-370, 2020.

O'KEEFE, E. Early childhood caries. **Evid Based Dent**. v.14, n.2, p. 40–41, 2013.

OLATOSI, O. O. et al. Age and reasons for first dental visit among children in Lagos, Nigeria. **Niger Postgrad Med J**. v.26, n.3, p. 158–163, 2019.

OLIVEIRA, F. A. M. et al. Traumatismo dentoalveolar: revisão de literatura. **Rev de Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial**. Rio Grande do sul. v.4, n.1, p. 15- 21, 2004.

OLIVEIRA, I. B.; MATOS, M. I. S. “Para maior glória do nosso Brasil”: educação e

cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940 ["For the higher glory of our Brazil:" infant oral health education and care, 1912-1940]. **Hist Cienc Saude Manguinhos**. v.25, n.4, p. 1261–1279, 2018.

O'SHEA, J. E. et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**. v.3, n.3, CD011065, 2017.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 2, p. 250-258, 2012.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.31, n. 1 Suppl, p. 3–23, 2003.

PINTO, G.dos S. et al. Are maternal factors predictors for early childhood caries? results from a cohort in southern Brazil. **Brazilian dental journal**, v.28, n. 3, p. 391-397, 2017.

PITTS, N. B. et al. Dental caries. **Nature Reviews Disease Primers**, 3, 17030, 2017.

REDDY, L. V. et al. Dental Injuries and Management. **Facial Plastic Surgery**, v.35, n.06, p. 607–613, 2019.

ROTONDANO, R. O. Entre o capital e a questão social: elementos da educação brasileira na contemporaneidade. **Rev. Fac. Der**. Montevideo, n. 48, e106, jun. 2020.

SANTOS, B. F dos S.; DABBAGH, B. A 10-year retrospective study of paediatric emergency department visits for dental conditions in Montreal, Canada. **International journal of paediatric dentistry**, v.30, n.6, p. 741–748, 2020.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. **Rev Saude Publica**. v.49, n98, 2015.

SEVALHO, M. L. et al. Dentes Natais – relato de caso clínico. **ConScientia e Saúde**, v.10, n.1, p. 160-165, 2011.

SIMÕES, G. A. M. et al. A case report of a patient with natal and neonatal tooth. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**. v.68, n. 4, 2014.

SMAÏL-FAUGERON, V. et al. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. **Cochrane Database Syst Rev**. v.5, n.5, CD003220, 2018.

STORMON, N.; FORD, P. J.; LALLOO, R. Family-Level Predictors of Australian Children's Dental Caries and Injuries. **Pediatr Dent**. v.42, n.1, p. 28-39, 2020.

TOLEDO, A. O. **Odontopediatria - Fundamentos para a prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Premier, p.283, 2012.

TOVARU S. et al. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. **Quintessence Int**.v.40, n.2, p. 119–124, 2009.

TRAEBERT, J. et al. Low maternal schooling and severity of dental caries in Brazilian preschool children. **Oral Health Prev Dent**. v.7, n.1, p. 39-45, 2009.

UHLEN, M. M. et al. Treatment decisions regarding caries and dental developmental defects in children - a questionnaire-based study among Norwegian dentists. **BMC Oral Health**, v.19, n.1, 2019.

URGÊNCIA. In.: Dicio, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7GRAUS, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/urgencia/>. Acesso em: 23/04/2020.

VELASCO-LEÓN, et al. Candidiasis oral em paciente pediátrico sano. Revisión bibliográfica. **Universidad Autónoma de Tlaxcala**, Tlaxcala. México, v.14, n.44, p. 956-964, 2013.

VIEIRA, J. I. M. P. **Tecnologia Laser em Medicina Dentária – Frenectomia em Foco**. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2012.

WALSH, J. et al. Ankyloglossia and Lingual Frenotomy: National Trends in Inpatient Diagnosis and Management in the United States, 1997-2012. **Otolaryngol Head Neck Surg**. v.156, n.4, p. 735–740, 2017.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSÁO, M. **Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

WANG, C. H.; LIN, Y. T.; LIN, Y. T. J. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. **Journal of the Formosan Medical Association**, v.116, n.3, p. 193–196, 2017.

## APÊNDICE A

Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados

### Ficha de coleta de dados do Pronto Socorro Odontológico da Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina

Número da ficha: **PS** \_\_\_\_\_ Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PSO Bebê Clínica ( X )          Programa ( )          Sexo: Masculino ( )          Feminino ( )

**Cidade onde reside:**          Londrina ( )          Cambé ( )          Ibiporã ( )          Outras ( )

**Escolaridade do Pai: ≥ 8 anos**          Sim ( )          Não ( )          Não consta ( )

**Escolaridade da Mãe: ≥ 8 anos**          Sim ( )          Não ( )          Não consta ( )

**Unidade Básica de Saúde referência:** Sim ( )          Não ( )          \_\_\_\_\_

**Carta de encaminhamento:** Sim ( )          Não ( )          Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) ausente

**É a 1º consulta no PSO?** Sim ( )          Não ( )          **Número de consultas no PSO:** \_\_\_\_\_

**A criança é especial? (PNE)** Não ( )          Sim ( )

**Enfermidade Sistêmica?** Não ( )          Sim ( ) \_\_\_\_\_

#### Motivo da consulta:

**A) Orientação:** ( )

**B) Cárie:** ( )          Dor: Sim ( )          Não ( )          Fístula/Abscesso Sim ( )          Não ( )

**C) Trauma:** ( )          **Tratamento:** Imediato ( )          Tardio ( )

**Fraturas dentárias:** (F)

Trinca: ( )          E ( )          E+D ( )          E+D+P ( )          E+D+P+C ( )

E+D+C ( )          Radicular ( )

Observação: \_\_\_\_\_

**Deslocamentos: luxações de tecidos de sustentação** ( )

Concussão: ( )          Subluxação: ( )          Luxação lateral: ( )

Extrusão: ( )          Avulsão: ( )

Intrusão: ( )          Grau I: ( )          Grau II: ( )          Grau III: ( )

**D) ( ) Doença de boca:** Candidose ( )          GEHA ( )          Outra ( ) \_\_\_\_\_

**E ( ) Outros:** Freio Lingual ( )          Dente natal/neonatal ( )          Cistos de inclusão ( )

Demais ( ) \_\_\_\_\_

**Fez pacote pediátrico?** ( ) Sim          ( ) Não

**Usou Anestesia local?** ( ) Sim          ( ) Não

**Procedimentos realizados:**

---

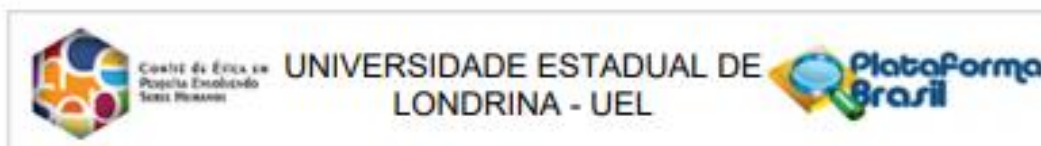


---



---

**ANEXO A**  
Aprovação da pesquisa pelo comitê de ética.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos problemas bucais de pacientes atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clinica/Uel: estudo comparativo de 10 anos, incluindo o período de pandemia COVID-19.

**Pesquisador:** CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40868220.8.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - COU - Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.478.186

**Apresentação do Projeto:**

Informações retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil:

**Resumo:**

\*A Clínica de Especialidades Infantis – Bebê-Clinica (BBC), assiste diariamente à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS), no atendimento Odontológico à crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos de idade, nos programas Educativo-Preventivo e de Pronto Atendimento (PA). O atendimento é realizado através do sistema de referência e contra-referência, contemplando a cidade de Londrina e municípios vizinhos. No último biênio, foram realizadas 2360 consultas no Pronto Atendimento da Bebê-Clinica da Universidade Estadual de Londrina (PA-BBC/Uel), onde aproximadamente 1400 crianças foram atendidas. Dentre os grandes problemas da Odontopediatria, os principais motivos de consultas de urgência são: cárie dentária, sendo odontalgia a principal queixa, seguido de traumatismo dentário e anomalias do desenvolvimento (freio lingual, dente natal/neonatal etc). O objetivo deste estudo retrospectivo é avaliar e comparar os principais motivos dos problemas bucais em bebês e pré-escolares de pacientes atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clinica/Uel nos últimos 10 anos, incluindo o período de pandemia COVID-19. Para tanto, serão analisados os prontuários de todas as crianças atendidas no serviço de PA-BBC/Uel, ao longo da última década. Inicialmente, estima-se um

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br





Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

número total de 7619 prontuários. Serão excluídos do estudo aqueles prontuários que apresentarem 2 (duas) ou mais informações faltantes ou incompletas, no domínio clínico. Posteriormente, os dados serão introduzidos numa planilha eletrônica para análise estatística. A análise estatística será executada por meio do teste qui-quadrado, no intuito de avaliar possíveis associações significativas entre as variáveis [...]. A partir dos resultados obtidos, esperamos reorganizar o tratamento resolutivo/individual, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da criança e do núcleo familiar. Somado à isso, almejamos otimizar o fluxo de pacientes atendidos rotineiramente pelo Pronto Socorro Odontológico da Bebê-Clínica, colaborando com a racionalização de gastos e a maior eficácia dos serviços ofertados.

#### Metodologia Proposta:

"Trata-se de um estudo retrospectivo, comparativo sobre os principais problemas bucais de crianças de 0 a seis anos de vida atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da BBC/UEL. Antes do início da coleta de dados, será submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa/UEL e somente após obediência aos preceitos legais poderá ser iniciado. Por se tratar de estudo retrospectivo com análise de prontuários, solicitaremos a dispensa de obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a realização de termo de sigilo e responsabilidade dos pesquisadores. Serão incluídos no estudo os prontuários de todas as crianças atendidas no serviço de pronto atendimento odontológico da BBC/UEL (PA-BBC/UEL), nos últimos 10 anos".

#### Critério de Exclusão:

"Serão excluídos do estudo os prontuários que contiverem 2 (duas) ou mais informações ausentes ou incompletas, no domínio clínico".

#### Hipótese:

"Não há diferença ao longo dos anos e entre o período pré e pandêmico, entre os problemas bucais de pacientes atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clínica/UEL".

Financiamento: trata-se de pesquisa com financiamento próprio.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

#### **Objetivo da Pesquisa:**

No arquivo Informações Básicas do Projeto postado na Plataforma Brasil, os objetivos foram apresentados conforme abaixo:

#### **Objetivo Primário:**

"Identificar e comparar as principais causas dos problemas bucais em bebês e pré-escolares atendidos no Pronto Atendimento Odontológico da Bebê-Clinica da Universidade Estadual de Londrina nos últimos 10 anos, incluindo o período de pandemia COVID-19, e, desta forma, contribuir para a otimização do fluxo de atendimento e reorganização da atenção básica no país".

Objetivos Secundários: Informação retirada do Projeto Detalhado/Brochura:

- Identificar os municípios e a sua frequência de encaminhamento ao pronto atendimento Centro de Especialidades Infantis;
- Verificar os motivos mais recorrentes de encaminhamentos, nas diferentes faixas etárias;
- Identificar os principais procedimentos realizados pelo Pronto Atendimento Infantil;
- Reconhecer relações entre grau de escolaridade e os agravos em saúde bucal;
- Analisar as mudanças ocorridas nos motivos de busca pelo PA-BBC/UEL nos últimos 10 anos;
- Comparar os motivos de busca pelo PA-BBC/UEL, no período pré-pandemia com o período de pandemia COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No arquivo Informações Básicas do Projeto postado na Plataforma Brasil, o item Riscos e Benefícios foi apresentado da seguinte forma:

Riscos:

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

"Os riscos relacionados ao desenvolvimento deste estudo podem ser considerados mínimos, como por exemplo, a divulgação de dados sigilosos de forma não intencional, porém serão tomados todos os cuidados para manter os dados dos participantes de forma anônima, sem mencionar nomes ou características pessoais para não comprometer a individualidade dos mesmos".

**Benefícios:**

"A partir dos resultados obtidos desse projeto, espera-se contribuir para o aperfeiçoamento do serviço nos aspectos econômicos, sociais, científicos, biológicos.

Do ponto de vista econômico e social, o correto encaminhamento de pacientes via sistema de referência e contra-referência, e a adoção das rotinas de biossegurança para COVID-19 trará impactos em curto e médio prazo, resultando na reorganização da demanda, diminuição da lista de espera e consequente racionalização de recursos financeiros. Isso se dará por meio articulação entre os serviços públicos (Unidade Básica de Saúde e Universidade Estadual de Londrina), por meio de ações como a divulgação dos resultados junto aos gestores de saúde e profissionais da ponta.

Na perspectiva dos aspectos biológico e científico, espera-se que os acadêmicos e profissionais de saúde possam realizar o tratamento baseado na melhor evidência científica, aprimorando o serviço com aplicação de técnicas adequadas a cada caso e consecutiva melhoria do prognóstico. A condução do projeto também proporcionará a iniciação de estudantes de odontologia na condução de estudos científicos, com vistas a participação em eventos, elaboração de TCC e redação de artigo científico".

Em última análise, a partir da interligação entre os serviços, temos a expectativa de contribuir para a melhora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dessas crianças atendidas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa cujo tema é relevante porque busca identificar e comparar as principais causas dos problemas bucais em bebês e pré-escolares atendidos nos últimos 10 anos no pronto atendimento odontológico da Bebê-Clinica da UEL, visando contribuir para a organização de seu fluxo de atendimento.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisas Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Apresenta arquivo contendo Folha de Rosto devidamente datada e assinada pelo diretor do Centro de Ciências da Saúde CCS/UEL;

2- Apresenta arquivo contendo as INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO/ Plataforma Brasil; a pesquisadora apresenta os elementos fundamentais relativos a proposta de pesquisa (como introdução, objetivo, metodologia, os riscos e benefícios, hipótese), em proposta bem escrita, bem delineada, apresentando também o cronograma com o detalhamento de prazos e ações a serem executadas, o qual está adequado em termos de prazos e ações e apresenta como previsão de início para a coleta de dados, a data de 01/02/2021;

3- Apresenta arquivo contendo o Projeto Detalhado/Brochura;

4- Apresenta arquivo contendo Termo de Confidencialidade e Sigilo devidamente datado e assinado no qual a pesquisadora se compromete a manter sigilo e confidencialidade quanto ao uso das informações as quais terão acesso, bem como quanto ao cuidado no manuseio de materiais confidenciais a que a pesquisa tiver acesso;

5- Foi apresentado documento/Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de instituição Co-Participante, devidamente datado e assinado pelo diretor da Clínica de Especialidades Infantis/Bebê Clínica/UEL - Prof. Dr. Antônio Ferelle.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas e recomenda-se sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1871856.pdf	17/12/2020 10:01:22		Aceito
Declaração de concordância	concordancia_instituicao.pdf	09/12/2020 18:10:02	CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	30/11/2020 08:00:24	CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/11/2020 07:58:47	CASSIA CILENE DEZAN GARBELINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	termo_sigilo_conf.pdf	27/11/2020 11:10:19	CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br





Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.478.186

Justificativa de Ausência	termo_sigilo_conf.pdf	27/11/2020 11:10:19	CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI	Aceito
---------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 21 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br