

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Alice Vieira Helal

Perda de dentes decíduos posteriores: Prevalência, fatores associados e análise da frequência e do tipo de mantenedor de espaço utilizado em crianças atendidas em Clínica de ensino de Odontopediatria e Ortodontia

Alice Vieira Helal

Perda de dentes decíduos posteriores: Prevalência, fatores associados e análise da frequência e do tipo de mantenedor de espaço utilizado em crianças atendidas em Clínica de ensino de Odontopediatria e Ortodontia

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Janaína Cristina Gomes

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Eliza da Consolação Soares

Governador Valadares
2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Helal, Alice Vieira.

Perda de dentes decíduos posteriores : prevalência, fatores associados e análise da frequência e do tipo de mantenedor de espaço utilizado em crianças atendidas em clínica de ensino de odontopediatria e ortodontia / Alice Vieira Helal. -- 2025.
52 f.

Orientadora: Janaína Cristina Gomes

Coorientadora: Maria Eliza da Consolação Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2025.

1. Dente decíduo. 2. Extração dentária. 3. Perda de dente. 4. Cárie dentária. I. Gomes, Janaína Cristina, orient. II. Soares, Maria Eliza da Consolação, coorient. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Alice Vieira Helal

Perda de Dentes Decíduos Posteriores: Prevalência, Fatores Associados e Análise da Frequência e do Tipo de Mantenedor de Espaço Utilizado em Crianças Atendidas em Clínica de Ensino de Odontopediatria e Ortodontia

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em 08 de agosto de 2025

BANCA EXAMINADORA

Dr(a). Janaína Cristina Gomes – Orientador(a)
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dr(a). Maria Eliza da Consolação Soares - Coorientador(a)
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Alexa Magalhães Dias
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Rose Mara Ortega
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Documento assinado eletronicamente por **Maria Eliza Soares, Professor(a)**, em 08/08/2025, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janaína Cristina Gomes, Professor(a)**, em 08/08/2025, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rose Mara Ortega, Professor(a)**, em 08/08/2025, às 18:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

11/08/2025, 14:10

SEI/UFJF - 2520823 - ADM:Geral 003 - Declaração



Documento assinado eletronicamente por **Alexa Magalhaes Dias, Professor(a)**, em 11/08/2025, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2520823** e o código CRC **50E2C075**.

Referência: Processo nº 23071.932680/2025-51

SEI nº 2520823

Dedico este trabalho a Deus, à minha família, ao meu namorado, às minhas orientadoras e aos meus amigos, os quais estiveram ao meu lado durante essa jornada e acreditaram em meu potencial quando muitas vezes eu mesma duvidei. A vida fica mais leve quando temos pessoas a nos amparar. A Deus e a todos vocês, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

"Basta-te a minha graça. Pois é na fraqueza que a força se manifesta. Por isso, de bom grado, eu me gloriarei das minhas fraquezas, para que a força de Cristo habite em mim. Pois, quando eu me sinto fraco, é então que sou forte". 2 Cor 12, 9-10. Enfim, mais uma etapa vencida. Chegar a esse momento me traz a sensação de gratidão. Primeiramente a Deus meu melhor amigo, que me sustentou nas adversidades e me acalmou quando muitas vezes duvidava de mim mesma e me questionava sobre o caminho a ser seguido. Sou também grata à Nossa Senhora, minha mãe, por dignar a mim sua proteção, e aos meus anjos pelo zelo sem fim. Meu chamado é servir ao próximo com amor, respeito e dedicação. Felizmente, estou cercada de boas pessoas, que contribuem com meus anseios e me ensinam diariamente sobre princípios e valores, assim me moldando para que eu me torne um ser humano preparado, habilidoso e capaz de transformar vidas. Minha família, meu bem mais precioso, essa vitória é nossa! Tamanho é meu privilégio de tê-los por perto! Aos meus pais, dedico cada parte dessa conquista, pois vocês me proporcionam tudo o que preciso: amor, cuidado e oração. Por mim, abdicaram de suas próprias vontades e eu reconheço cada esforço. Meu pai, foi você quem inúmeras vezes me levou às aulas, clínicas, me salvou e proveu tudo o que precisava. Minha mãe, você sempre esteve ao meu lado me apoiando. Suas orações, seu zelo e seus joelhos no chão me mantiveram de pé. Obrigada por serem meu alicerce e aconchego. Meus avós, Elba e Antônio, é uma dádiva tê-los em minha vida. Meus avós Nawaf (in memoriam) e Cirley (in memoriam), sinto-os aqui comigo, cuidando de mim. Meu namorado, Junior, seu incentivo e seu amor me acalentam. Meu irmão, Nacib Henrique, obrigada por ser meu amigo, você é o cara! Meus padrinhos, Euler e Cida, obrigada por cuidarem de mim como filha. Minhas primas e meus primos, vocês são bênçãos em minha vida. Meus tios, gratidão por toda oração, carinho e ajuda. Meus amigos, vocês tornam minha vida mais alegre e tranquila. Meus professores, agradeço pelo conhecimento precioso a mim transmitido e, em especial, à minha orientadora Janaína e coorientadora Maria Eliza, que não mediram esforços para me ajudar. A cada pessoa que direta ou indiretamente me motivou e auxiliou, obrigada. Como é bom compartilhar esse momento com vocês. Finalmente estou me formando em Odontologia pela UFJF de minha cidade natal, Governador Valadares. Sei que essa caminhada está apenas começando, mas, aqui estou, pronta para crescer cada vez mais como pessoa e Cirurgiã-dentista.

RESUMO

A dentição decídua exerce papel fundamental no desenvolvimento das arcadas dentárias e na oclusão infantil, sendo responsável por guiar a erupção dos dentes permanentes e contribuir para funções essenciais como mastigação, fonação e estética facial. A perda prematura desses elementos dentários pode desencadear uma série de alterações, incluindo migração dentária, diminuição do espaço para os sucessores permanentes e distúrbios oclusais que predis põem ao desenvolvimento de maloclusões. Tendo em vista esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores que contribuíram para a extração de dentes decíduos posteriores e realizar levantamento referente à utilização e ao tipo de mantenedores de espaço utilizados nas crianças de 2 a 10 anos atendidas nas clínicas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, no período de 2016 a 2023. Foram incluídos prontuários de crianças que tiveram perda de dentes decíduos posteriores independente do gênero e sem alterações sistêmicas como síndromes e alterações neurológicas. A variável dependente foi a perda de dentes decíduos posteriores, enquanto as variáveis independentes se basearam em fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais associados à tal condição. Os resultados foram analisados com auxílio do software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 24.0 e examinados estatisticamente através de análise descritiva, bivariada e multivariada. Os resultados mostraram prevalência de extração dentária posterior em 19,1% do público alvo, com apenas duas variáveis preditores independentes e estatisticamente significativas na análise multivariada, o IHOS ruim com RP ajustada de 2,450 (IC 95%: 1,050-5,715; $p=0,038$) e a experiência de cárie com uma RP ajustada de 3,553 (IC 95%: 1,105-11,426; $p=0,033$). Os mantenedores de espaço foram utilizados em 33,3% das crianças que realizaram extração dos dentes decíduos posteriores, sendo o banda-alça e o arco lingual os tipo mais usados, seguido do mantenedor de espaço removível. Desta forma, foi possível concluir que houve alta prevalência de extração dentária posterior na amostra estudada, que mostrou associação significativa com higiene bucal deficiente (IHOS ruim) e experiência de cárie (CPOD e ceoD > 0). Os mantenedores de espaço foram indicados com pouca frequência, sendo os fixos os mais utilizados.

Palavras-chave: cárie dentária; dente decíduo; extração dentária; perda de dente.

ABSTRACT

Deciduous dentition plays a fundamental role in the development of dental arches and child occlusion, guiding the eruption of permanent teeth and contributing to essential functions such as mastication, phonation and facial aesthetics. Premature loss of these teeth can trigger several alterations, including tooth migration, reduced space for permanent successors, and occlusal disorders predisposing to malocclusions. Considering these factors, this study aimed to analyze the prevalence and contributing factors to the extraction of posterior deciduous teeth and assess the use and type of space maintainers in children aged 2 to 10 years treated at the clinics of the Federal University of Juiz de Fora, Governador Valadares Campus, from 2016 to 2023. Records of children who had lost posterior deciduous teeth were included, regardless of gender and without systemic alterations such as syndromes or neurological disorders. The dependent variables were the loss of posterior deciduous teeth, while the independent variables were based on clinical, sociodemographic, and behavioral factors associated with this condition. Results were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 24.0, and examined statistically through descriptive, bivariate, and multivariate analysis. Results showed a 19.1% prevalence of posterior tooth extraction in the target population, with only two independent predictor variables statistically significant in the multivariate analysis: poor oral hygiene (OHI-S) with an adjusted relative risk (aRR) of 2.450 (95% CI: 1.050-5.715; $p=0.038$) and caries experience with an aRR of 3.553 (95% CI: 1.105-11.426; $p=0.033$). Space maintainers were used in 33.3% of children who underwent posterior deciduous tooth extraction, with band-and-loop and lingual arches being the most used types, followed by removable space maintainers. Therefore, it was concluded that there was a high prevalence of posterior tooth extraction in the studied sample, which showed a significant association with poor oral hygiene (poor OHI-S) and caries experience (CPOD and ceoD > 0). Space maintainers were indicated infrequently, with fixed appliances being the most used.

Keywords: deciduous; dental caries; tooth extraction; tooth loss.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de variáveis em crianças com e sem presença de extração de dente decíduo posterior (n=225).....	17
Tabela 2 - Regressão Poisson uni e multivariada dos fatores associados à presença de extração posterior.....	19
Tabela 3 - Distribuição da frequência da utilização e dos tipos de mantenedores de espaço empregados após extração de dentes decíduos posteriores....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	12
2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	12
2.1.1 Critérios de inclusão.....	12
2.1.2 Critérios de exclusão.....	12
2.2 TREINAMENTO, CALIBRAÇÃO E ESTUDO PILOTO.....	13
2.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	13
2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	13
2.4.1 Formulário de dados sociodemográficos.....	13
2.4.2 Formulário de hábitos bucais e de saúde da criança.....	14
2.4.3 Diário dietético.....	14
2.4.4 Formulário de exame clínico.....	14
2.5 VARIÁVEIS.....	15
2.5.1 Variável dependente.....	15
2.5.2 Variáveis independentes.....	15
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	15
2.6.1 Análise Descritiva.....	15
2.6.2 Análise Bivariada.....	15
2.6.3 Análise Multivariada.....	16
3 RESULTADOS.....	17
4 DISCUSSÃO.....	23
5 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE A - Termo de Justificativa para dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
APÊNDICE B - Termo de confidencialidade e sigilo.....	36
APÊNDICE C - Prontuário clínica infantil UFJF/GV.....	37
APÊNDICE D - Ficha da dieta.....	45
ANEXO A - Parecer consubstanciado DO CEP.....	46

1 INTRODUÇÃO

A dentição primária desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da arcada dentária e da oclusão da criança. São os dentes decíduos que guiam a correta erupção dos permanentes (MARTÍN-VACAS, 2021). Eles atuam não apenas guiando a erupção em si, mas também agregam a nível de fala, mastigação, nutrição, aparência e na prevenção de maus hábitos (SETIA *et al.*, 2013). A perda prematura dos dentes decíduos, em especial dos dentes decíduos posteriores, pode ocasionar movimentações dentárias indesejáveis, as quais resultam em redução do espaço para o dente sucessor e prejudicam a dentição permanente. Esses fatores acarretam efeitos nocivos incluindo apinhamento, impactação ou erupção ectópica, erupção excessiva de dentes sem antagonista e discrepâncias na linha média (WATT *et al.*, 2018).

Além dos efeitos nocivos previamente citados, existem outras alterações relevantes, pois os molares decíduos posteriores são responsáveis por guiar a erupção dos primeiros molares permanentes e sua ausência pode inviabilizar a chave de oclusão correta. Desta forma, essa alteração pode afetar negativamente a articulação temporomandibular (ATM), prejudicar o desenvolvimento adequado da musculatura oral, dos ossos faciais e a posição final dos dentes permanentes. (ROCHA, CARDOSO, OLIVEIRA, 2000).

A esfoliação do dente decíduo e a erupção do dente permanente é um processo fisiológico normal. Quando esse dinamismo é interrompido devido a fatores como perda prematura do dente decíduo, lesões cáries proximais dentre outros, pode levar à migração mesial do dente, resultando em perda do comprimento do arco, a qual se manifesta em maloclusão na dentição permanente. Sendo assim, a melhor maneira de evitar tais problemas é preservando o dente decíduo em boca até o momento correto de sua esfoliação, pois são eles os melhores mantenedores de espaço para a dentição permanente (SETIA *et al.*, 2013).

Porém, em inúmeros casos, a erupção dentária não segue a ordem cronológica esperada e um dos fatores responsáveis pela interrupção natural desse ciclo é a perda do elemento dental devido à lesão de cárie. Segundo Tabatabai (2023), a cárie é o motivo mais comum para a perda precoce de dentes decíduos. Assim como mencionado em estudo de JAGHASI, HATAHET, DASHASH (2012), é sabido que uma dieta rica em açúcares vinculada à má higienização e ao controle da placa dental inadequado (IHOS ruim), tem elevada associação com a progressão da cárie dentária, sendo que o desenvolvimento da lesão cáries é fator causal para a perda precoce de elementos decíduos. Desse modo, a odontologia

preventiva tem o papel fundamental de assegurar o adequado desenvolvimento e integridade da arcada dentária de crianças e adolescentes através da educação em saúde bucal. Entretanto, nos casos em que a extração prematura ou a perda do dente é inevitável devido a lesões cáries extensas ou por outras razões, a opção mais segura para manter o comprimento do arco e a adequada projeção oclusal é recorrer ao tratamento ortodôntico preventivo através dos mantenedores de espaço (SETIA *et al.*, 2013).

Os mantenedores de espaço são aparelhos específicos feitos de acordo com a necessidade do paciente que, geralmente, perdeu o dente decíduo antes do momento convencional ou que precisou extraí-lo. O intuito do uso desses dispositivos é justamente conservar o comprimento da região destinada à erupção do dente sucessor, o qual substituirá o dente decíduo. Seu desenho depende da arcada e dos dentes que se encontram na cavidade bucal e, desta forma, eles podem ser individualizados para o paciente. Embora sua importância seja amplamente reconhecida, a indicação e o uso efetivo desses dispositivos nem sempre acompanham a real necessidade clínica.

Em vista disso, o presente estudo objetiva analisar a prevalência de extração de dentes decíduos posteriores e sua associação às características clínicas e sociodemográficas das crianças atendidas nas clínicas de Odontopediatria e Infantil da UFJF, Campus Governador Valadares. Em paralelo, foi realizado o levantamento dos tipos de mantenedores de espaço utilizados nos casos em que houve perda precoce de dente decíduo posterior. No mais, este trabalho buscou contribuir para uma melhor compreensão do perfil epidemiológico e das demandas de atendimento observadas em um serviço odontológico universitário.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional, retrospectivo, transversal e descritivo, o qual foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e obteve parecer favorável nº 6.834.516 e CAAE 78717024.5.0000.5147.

Ao início do tratamento, os pais/responsáveis assinam um Termo de Consentimento, que inclui a autorização para análise científica das informações prestadas e de tratamento. Entretanto, seguindo os preceitos éticos, o pesquisador responsável (coordenador das clínicas de ensino de Odontologia Infantil) assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a responsabilização ética sobre os dados levantados.

O estudo possui uma amostra de conveniência composta por crianças de 2 a 10 anos atendidas nas clínicas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares nas disciplinas que contemplam atendimento odontológico ao paciente infantil no período de 2016 a 2023. Os prontuários da Clínica Integrada Infantil I e II foram escaneados através do aplicativo *CamScanner* para posterior extração dos dados e foram categorizados por número a fim de preservar a identidade dos pacientes.

2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1.1 Critérios de inclusão

- Prontuários de crianças que tiveram extração dos dentes decíduos posteriores, independentemente do sexo, atendidas nas clínicas de ensino da UFJF-GV.
- Prontuários contendo a ficha de avaliação clínica completamente preenchida, com assinatura do responsável pela criança e assinatura de conferência do professor responsável.

2.1.2 Critérios de exclusão

- Prontuários de crianças que apresentaram alterações sistêmicas (síndromes e alterações neurológicas).

2.2 TREINAMENTO, CALIBRAÇÃO E ESTUDO PILOTO

Previamente ao início do estudo, a equipe foi submetida a um processo de treinamento teórico e prático para análise dos prontuários e levantamento dos dados, realizado por um pesquisador experiente em levantamento de dados para pesquisa.

Em seguida, 20 prontuários foram examinados para uma calibração da equipe de pesquisa. O Kappa interexaminador calculado foi superior a 0.8. Após 1 semana, o pesquisador 1 reavaliou 10 prontuários para a determinação do valor de Kappa intraexaminador, o qual também foi superior a 0.8. Para a calibração foram consideradas as variáveis clínicas levantadas dos prontuários.

2.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Todos os prontuários infantis foram examinados, sendo selecionados e analisados aqueles que preencheram os critérios de elegibilidade, com posterior extração dos dados. A avaliação dos prontuários foi conduzida nas dependências universitárias, garantindo-se a extração das informações sem qualquer coleta de dados que permitisse a identificação das crianças.

2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados:

- Formulário de dados sociodemográficos;
- Formulário relacionado a hábitos bucais e de saúde da criança;
- Diário dietético da criança;
- Formulário de exame clínico.

2.4.1 Formulário de dados sociodemográficos

O formulário de dados sociodemográficos foi preenchido com informações dos prontuários sobre a renda familiar e escolaridade dos pais/responsáveis, número de filhos, idade e sexo da criança, tipo de moradia e com quem a criança passa a maior parte do dia.

2.4.2 Formulário de hábitos bucais e de saúde da criança

Foram extraídas informações de saúde geral da criança, acesso da criança ao atendimento odontológico, hábitos de higiene oral, uso de fio dental, acesso à água e dentifrício fluoretado, hábitos presentes e passados como onicofagia, morder objetos, chupeta e outros.

2.4.3 Diário dietético

Um diário dietético é preenchido pelos pais/responsáveis de todas as crianças atendidas. Nesse diário, os pais/responsáveis preenchem as informações de tudo que a criança ingere durante uma semana. Assim, é possível identificar os hábitos alimentares da criança/família. Através das informações desse diário, foi calculado o índice de consumo de sacarose da criança. Esse índice considera a retenção e o momento de ingestão.

2.4.4 Formulário de exame clínico

Para o formulário do exame clínico, foram avaliados perda precoce de dentes decíduos posteriores (variável dependente), experiência de cárie nos demais dentes decíduos e permanentes, índice de biofilme visível e de higiene oral. Para a perda precoce de dentes decíduos, os prontuários são preenchidos levando em consideração os critérios da Organização Mundial da Saúde CPOD e ceoD. Os índices para dentição permanente e decídua, respectivamente, consideram a presença de dentes cariados, perdidos (ou indicados para extração) e obturados (OMS, 1996).

A avaliação da higiene oral dos pacientes atendidos nas clínicas de ensino é feita através do índice de Biofilme visível e Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS). Esses dados foram coletados e analisados, como possíveis fatores associados à perda precoce de dentes decíduos posteriores.

No plano de tratamento de Ortodontia foi verificado se houve indicação e qual o tipo de mantenedor de espaço utilizado. No formulário de procedimentos executados foram extraídas as informações sobre a execução dos mantenedores de espaço.

2.5 VARIÁVEIS

2.5.1 Variável dependente

Perda precoce de dentes decíduos posteriores.

2.5.2 Variáveis independentes

Idade, escolaridade dos pais/responsáveis, sexo, etnia da criança, com quem a criança mora, número de irmãos, quem cuida da criança, a criança já foi ao dentista, quem escova os dentes da criança, quantas vezes os dentes são escovados, a criança usa fio dental, até qual idade amamentou, conteúdo da mamadeira, idade da mamadeira em meses, IHOS inicial, consumo de balas e experiência de cárie.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos foram digitados e organizados em um banco de dados, utilizando-se do software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 24.0. O processamento incluiu codificação, digitação e edição dos dados.

2.6.1 Análise Descritiva

Inicialmente, foi realizada a descrição das frequências absolutas e relativas, bem como as medidas de tendência central das variáveis estudadas. Assim, foi determinada a prevalência de dentes decíduos posteriores perdidos. Além disso, foi verificada a distribuição dos dados com o intuito de avaliar se eles apresentavam normalidade, o que norteou a escolha para uso dos testes paramétricos ou não paramétricos.

2.6.2 Análise Bivariada

A análise bivariada foi realizada para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. As variáveis categóricas foram avaliadas através dos testes qui-quadrado e exato de Fisher. O valor de p significativo foi fixado em $p < 0,05$.

2.6.3 Análise Multivariada

Foi realizada Regressão de Poisson com variância robusta para identificar os fatores associados à perda precoce de dentes decíduos. Inicialmente foi realizada a análise não ajustada e aquelas variáveis que apresentaram um $p < 0,20$ foram incluídas no modelo ajustado. As variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas. A razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados.

3 RESULTADOS

A pesquisa foi conduzida a partir da análise de 359 prontuários de crianças atendidas em uma clínica-escola de Odontologia. Desse total, 225 prontuários (62,7%) atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo. A principal razão para a exclusão de prontuários foi a ausência de registro de extração posterior em dente decíduo na faixa etária de 2 a 10 anos, um critério fundamental para a investigação proposta.

Na amostra elegível composta por 225 crianças, observou-se que 43 (19,1%) apresentavam histórico de extração de dentes decíduos posteriores, sendo a maioria localizada na arcada inferior. A distribuição dessa ocorrência por sexo revelou que 24 (20,5%) das crianças com extração eram do sexo feminino, enquanto 19 (17,6%) eram do sexo masculino.

A caracterização geral da amostra, detalhada na Tabela 1, indicou que a maioria das crianças estava na faixa etária de 6 a 8 anos e a escolaridade predominante dos responsáveis era o ensino médio. Em relação aos hábitos de higiene bucal, uma parcela considerável da amostra apresentou desafios: 47 prontuários (20,9%) registraram que a criança não escovava os dentes todos os dias e 123 prontuários (54,7%) indicaram que a criança não fazia uso regular do fio dental.

A análise bivariada, cujos resultados completos são apresentados na Tabela 1, buscou identificar associações entre as variáveis estudadas e a presença de extração posterior de dente decíduo. Verificou-se que a experiência de cárie (CPO-ceo>0) foi a única variável a apresentar uma associação estatisticamente significativa com a extração posterior ($p=0,003$).

Embora a maioria das demais variáveis sociodemográficas e de hábitos bucais não tenha demonstrado associação significativa na análise bivariada, algumas se aproximaram do limiar de significância estatística. A variável "maior escolaridade" ($p=0,092$) e o "IHOS inicial" ($p=0,074$) chamaram atenção por estarem relativamente próximas a um valor significativo, sugerindo uma possível tendência que exigiu investigação mais aprofundada em modelos multivariados.

Tabela 1 - Frequência de variáveis em crianças com e sem presença de extração de dente decíduo posterior (n=225)

Variáveis	Ausência extração posterior 182 (80,9%)	Presença extração posterior 43 (19,1%)	Valor de p*
Idade			
2 a 5 anos	33 (86,8%)	5 (13,2%)	0,584
6 a 8 anos	88 (79,3%)	23 (20,7%)	
9 e 10 anos	61 (80,3%)	15 (19,7%)	
Maior escolaridade			
Superior	38 (90,5%)	4 (9,5%)	0,092
Ensino Médio	63 (78,8%)	17 (21,3%)	
Ensino fundamental ou menos	49 (73,1%)	18 (26,9%)	
Sexo			
Feminino	93 (79,5%)	24 (20,5%)	0,614
Masculino	89 (82,4%)	19 (17,6%)	
Etnia da criança			
Branca ou Amarela	36 (76,6%)	11 (23,4%)	0,832
Negra ou Parda	77 (78,6%)	21 (21,4%)	
Com quem a criança mora			
Pais	87 (80,6%)	21 (19,4%)	0,155
Mãe	44 (75,9%)	14 (24,1%)	
Outro	6 (60%)	4 (40%)	
Número de irmãos			
Filho único	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0,321
1 ou 2 irmãos	79 (78,2%)	22 (21,8%)	
Mais de 2 irmãos	31(77,5%)	9 (22,5%)	
Quem cuida da criança			
Mãe ou pai	95 (79,8%)	24 (20,2%)	0,232
Avós	15(75%)	5 (25%)	
Babá	3 (60%)	2 (40%)	
Outros	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
A criança já foi ao dentista			
Sim	123 (77,8%)	35(22,2%)	0,543
Não	39 (83%)	8 (17%)	
Quem escova os dentes da criança			
Pais	35 (79,5%)	9 (20,5%)	0,996
Outro	38 (79,2%)	10 (20,8%)	
Criança	83 (79,8%)	21(20,2%)	
Quantas vezes os dentes são escovados			
2 ou mais	101 (82,1%)	22 (17,9%)	0,203
1	12 (66,7%)	6 (33,3%)	
Não escova todos os dias	35 (74,5%)	12 (25,5%)	
A criança usa fio dental			
Sim	59 (83,1%)	12 (16,9%)	0,460
Não	96 (78%)	27 (22%)	
Até qual idade amamentou			
Seis meses ou mais	90 (81,8%)	20 (18,2%)	0,952
1 a 5 meses	24 (85,7%)	4 (14,3%)	
Menos de um mês	26 (81,3%)	6 (18,8%)	

Conteúdo mamadeira			
Não tomou	84 (80%)	21 (20%)	0,300
Leite	24 (88,9%)	3 (11,1%)	
Leite com açúcar	24 (82,8%)	5 (17,2%)	
Leite com açúcar e amido	35 (87,5%)	5 (12,5%)	
Idade mamadeira em meses			
Não tomou	79 (81,4%)	18 (18,6%)	0,472
Menos de 12 meses	32 (88,9%)	4 (11,1%)	
De 12 a 24 meses	26 (89,7%)	3 (10,3%)	
Mais de 24 meses	20 (83,3%)	4 (16,7%)	
IHOS inicial			
Bom	38 (86,4%)	6 (13,6%)	0,074
Regular	58 (76,3%)	18 (23,7%)	
Ruim	31 (66%)	16 (34%)	
Consome guloseimas			
Não consome ou eventualmente	45 (80,4%)	11 (19,6%)	0,969
Aos fins de semana ou até 3 vezes por semana	66 (79,5%)	17 (20,5%)	
Diariamente	35 (81,4%)	8 (18,6%)	
Experiência cárie			
CPO-ceo = 0	53 (91,4%)	5 (8,6%)	0,003
CPO-ceo > 0	94 (72,3%)	36 (27,7%)	

***Teste Qui-quadrado**

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

Para identificar os fatores independentemente associados à presença de extração posterior de dente decíduo, foi realizada uma Regressão de Poisson, com os resultados apresentados na Tabela 2. Na análise não ajustada (univariada), três variáveis demonstraram associação estatisticamente significativa com a maior prevalência de extração posterior. A maior prevalência de extração posterior foi em crianças cujos responsáveis apresentavam baixa escolaridade – tendo completado apenas o ensino fundamental ou menos – demonstrando uma razão de prevalência (RP) de 2,821 (IC: 1,025-7,764; $p=0,045$). Crianças com Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) classificado como ruim exibiram uma RP de 2,496 (IC 95%: 1,074-5,802; $p=0,033$), sugerindo uma prevalência de extração posterior aproximadamente 2,5 vezes maior. A presença de experiência de cárie (CPO-CEO > 0) foi associada a uma RP de 3,212 (IC 95%: 1,329-7,766; $p=0,010$), indicando uma prevalência mais de três vezes maior de extração posterior.

Após o ajuste de variáveis confundidoras no modelo multivariado, a análise revelou que apenas duas variáveis permaneceram como preditores independentes e estatisticamente significativos para a presença de extração posterior. A associação se manteve robusta, com

uma RP ajustada de 2,450 (IC 95%: 1,050-5,715; $p=0,038$) para o IHOS ruim. Isso significa que crianças com higiene bucal deficiente têm uma prevalência significativamente maior de extração posterior, mesmo após considerar outros fatores. A experiência de cárie continuou sendo um fator fortemente associado, com uma RP ajustada de 3,553 (IC 95%: 1,105-11,426; $p=0,033$). Este achado sublinha a cárie como um dos principais impulsionadores da necessidade de extrações precoces de dentes decíduos.

É importante notar que, embora a baixa escolaridade do responsável tenha se mostrado associada à extração posterior na análise não ajustada, essa associação não se manteve estatisticamente significativa após o ajuste para variáveis confundidoras no modelo multivariado. Isso sugere que o efeito da escolaridade pode ser mediado por outras variáveis incluídas no modelo ajustado. As demais variáveis analisadas, incluindo idade, sexo, etnia, arranjo familiar, número de irmãos, histórico de visita ao dentista, quem escova os dentes, frequência de escovação, uso de fio dental, consumo de guloseimas, histórico de amamentação e uso de mamadeira, não demonstraram associação independente com a extração posterior no modelo ajustado.

Tabela 2 – Regressão Poisson uni e multivariada dos fatores associados à presença de extração posterior

	Não ajustada (95% IC)	Valor de p*	Ajustada (95% IC)	Valor de p**
Idade				
2 a 5 anos	1			
6 a 8 anos	1,557 (0,644-3,851)	0,320		
9 e 10 anos	1,500 (0,589-3,818)	0,395		
Escolaridade do responsável				
Superior	1			
Ensino médio	2,231 (0,802-6,207)	0,124		
Ensino fundamental ou menos	2,821 (1,025-7,764)	0,045		
Sexo da criança				
Feminino	1			
Masculino	0,858 (0,499-1,475)	0,579		
Etnia				
Branca ou amarela	1			
Negra ou parda	0,916 (0,482-1,739)	0,788		
Com quem a criança mora				
Ambos os pais	1			
Mãe ou pai	1,241 (0,684-2,253)	0,477		
Outro	2,057 (0,879-4,816)	0,097		
Número de irmãos				
Filho único	1			
1 ou 2 irmãos	3,267 (0,475-22,493)	0,229		

Mais de 2 irmãos	3,375 (0,466-24,493)	0,228		
Histórico de visita ao dentista				
Sim	1			
Não	0,768 (0,383-1,541)	0,458		
Quem escova os dentes da criança				
Pais	1			
Outro	1,019 (0,457-2,272)	0,964		
Própria criança	0,987 (0,4929-1,982)	0,971		
Quantidade de escovações				
2 ou mais	1			
1	1,864 (0,876-3,966)	0,106		
Não escova todos os dias	1,427 (0,770-2,648)	0,259		
Uso de fio dental				
Sim	1			
Não	1,299 (0,703-2,400)	0,404		
Consumo de balas e chicletes				
Não consome	1			
Fins de semanas	1,043 (0,529-2,055)	0,904		
Frequentemente	0,947 (0,529-2,055)	0,904		
Amamentação				
Seis meses ou mais	1			
1 a 5 meses	0,786 (0,292-2,115)	0,633		
Menos de 1 mês	1,031 (0,453-2,3492)	0,942		
Conteúdo da mamadeira				
Não tomou	1			
Leite	0,556 (0,179-1,726)	0,309		
Leite com açúcar	0,862 (0,356-2,088)	0,742		
Leite com açúcar e amido	0,625 (0,253-1,545)	0,309		
Uso da mamadeira em meses				
Não tomou	1			
Menos de 12 meses	0,599 (0,217-1,650)	0,321		
De 12 a 24 meses	0,557 (0,177-1,760)	0,319		
Mais de 24 meses	0,898 (0,335-2,410)	0,831		
IHOS inicial				
Bom	1		1	
Regular	1,737 (0,745-4,048)	0,201	1,214 (0,485-3,040)	0,678
Ruim	2,496 (1,074-5,802)	0,033	2,450 (1,050-5,715)	0,038
Experiência de cárie				
CPO-ceo = 0	1		1	
CPO-ceo > 0	3,212 (1,329-7,766)	0,010	3,553 (1,105-11,426)	0,033

*Regressão de Poisson univariada

** Regressão de Poisson multivariada

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

A tabela 3 elucida as informações sobre a utilização e os tipos de mantenedores de espaço que foram indicados após a extração de dente decíduo posterior. Foram utilizados mantenedores de espaço em apenas 14 das 43 crianças (33%) que tiveram extração posterior. Os tipos de mantenedores usados foram três: banda-alça, mantenedor de espaço removível e

arco lingual, sendo o primeiro tipo utilizado por seis crianças, o segundo por duas e o terceiro por seis, com destaque para a arcada inferior, onde houve maior intervenção.

Tabela 3 - Distribuição da frequência da utilização e dos tipos de mantenedores de espaço empregados após extração de dentes decíduos posteriores

Extração de dentes decíduos posteriores		Utilizou Mantenedor de Espaço (ME)		Tipos de ME					
	Não	Sim	Não	Sim					
N	178	43	28	14					
%	80.9	19,1	66,7	33,3					
					Local da Extração	Banda -alça	Arco Lingual	Aparelho Removível	
					Arco Superior	N	1	0	0
						% tipo de ME	7,1	0	0
					Arco inferior	N	4	5	2
						% tipo de ME	17,4	21,7	8,7
					Ambas arcadas	N	1	1	0
						% tipo de ME	16,7	16,7	0

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

4 DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados e resultados obtidos, a prevalência de extração dentária em dente decíduo posterior foi alta, equivalente a 19,1% da amostra. A cada cinco crianças, uma apresentava extração posterior. Deve-se mencionar que foram considerados apenas dentes posteriores e não dentes anteriores, devido ao fato de que a perda precoce de dente decíduo posterior afeta negativamente o comprimento e desenvolvimento da arcada dentária quando não há intervenção ortodôntica com os mantenedores de espaço. Em relação aos dentes anteriores, as evidências científicas são limitadas no que se refere à perda prematura de dentes anteriores, a qual não afeta diretamente o nível de desenvolvimento e tamanho do arco dentário e sim em relação à estética e fonética, dados que não foram analisados no presente trabalho (BIEDMA-PEREA *et al.*, 2023).

O achado acima citado (19,1%) destoa com o de uma pesquisa realizada em crianças de Acapulco, México (HERNÁNDEZ-PALACIOS *et al.*, 2022), onde a prevalência de perda dentária precoce foi de 40%. Entretanto, o que pode ter causado essa diferença foi o método de avaliação, pois na presente pesquisa, a perda precoce enfatizada foi somente a de elementos decíduos posteriores e, na pesquisa citada, o critério de perda inclui todos os elementos decíduos e não apresentou restrições quanto à classificação do elemento dental, se esse era anterior ou posterior.

Outro estudo, conduzido em escolas públicas e privadas de Aracaju no Brasil (MONTE-SANTO *et al.*, 2018), avaliou a prevalência da perda prematura de primeiros molares e encontrou também um alto valor (65,4%). Porém, as crianças foram selecionadas aleatoriamente e tinham entre 8 e 9 anos, fator que pode aumentar esse valor de referência, pois a perda é um índice cumulativo. No presente estudo, as idades avaliadas variaram desde os 2 até os 10 anos de idade, de crianças que compareceram à clínica em busca de atendimento.

Entretanto, o estudo de Gomes *et al.* (2022) encontrou perda dentária decídua prematura em 29,8% das crianças, valor com maior proximidade ao encontrado nesta pesquisa (19,1%).

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) ruim foi uma variável que apresentou associação com a perda de elemento decíduo posterior tanto em análise não ajustada ($p=0,033$), quanto em análise ajustada ($p=0,038$). Esse parâmetro é utilizado nos atendimentos para avaliar o grau do acúmulo de placa na superfície dental após aplicação do evidenciador

de placa. Ele é categorizado em três diferentes escores que vão de 0 a 3, sendo 0 o valor de referência e 3 relativo ao pior cenário. Tendo em vista que a higiene bucal deficiente é fator primordial para o desenvolvimento de doenças orais como a cárie, é correto afirmar, através do estudo, que o IHOS ruim pode suscitar extração dentária. Crianças com IHOS ruim apresentaram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de passar por extração dental posterior do que aquelas com IHOS bom. Em estudo de Feu *et al.* (2018), a perda prematura de dentes decíduos foi associada ao estado de saúde bucal ruim, dado que corrobora com o do presente trabalho. Da mesma forma, em estudo de Babaei *et al.* (2019), crianças com má higiene bucal, avaliadas por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), apresentaram maior probabilidade de desenvolver cárie, fator associado à perda dentária.

Quanto ao responsável pela escovação da criança e à frequência diária dessa higienização, os resultados não demonstraram associação estatisticamente significativa. Contudo, essa não significância, em contraste com a forte associação do IHOS ruim, sugere que a qualidade e eficácia da escovação, refletida pelo acúmulo de biofilme, podem ser mais determinantes do que a mera frequência ou quem a realiza. Além disso, é importante ressaltar que esses dados foram auto relatados pelas crianças ou pelos pais/responsáveis, o que pode comprometer a confiabilidade devido a potenciais vieses de memória e de informação. Mesmo quando presente, a escovação pode não estar sendo realizada de forma adequada ou com a eficácia necessária para a remoção efetiva do biofilme dental. No trabalho de Kumar, Tadakamadl, Johnson (2016), crianças que escovavam os dentes com menos frequência tinham maior risco de incidência e aumento de lesões cariosas do que aquelas que escovavam os dentes com frequência, mas a base de evidências é fraca, principalmente no que se refere à frequência da escovação.

Após o controle de variáveis possivelmente confundidoras, verificou-se que crianças com CPO-D ou ceo-D > 0 apresentaram prevalência de perda dentária mais de três vezes maior do que aquelas sem história prévia de cárie. Esses resultados indicam que o intervalo de retorno ao dentista não deve seguir o padrão de 6 meses, recomendado para crianças de baixo risco, mas sim ser individualizado conforme a necessidade de cada paciente. Tais achados alinham-se com evidências prévias de Feu *et al.* (2018) que identificaram, em um estudo transversal com amostra de 192 crianças de 2 a 10 anos atendidas na clínica odontopediátrica da UVV, o ceo-D elevado como um fator associado à perda dentária. Um estudo observacional realizado por Al-Shahrani *et al.* (2015), com crianças do sexo masculino entre 9 e 11 anos, demonstrou que, dos 307 indivíduos avaliados, 204 (66,4%) apresentaram alto

escore CPO-D. Dentre esses, 156 tiveram perda prematura de dentes decíduos, reforçando a associação entre a experiência de cárie e a perda precoce de elementos dentários decíduos. Em contraste com os resultados do presente estudo, que evidenciaram uma relação significativa entre experiência de cárie (CPO-D/ceo-d) e perda prematura de dentes decíduos, a revisão sistemática de Shoaee *et al.* (2022), realizada com base em dados de crianças iranianas, identificou um aumento de 15% no índice ceo-d ao longo do tempo. Contudo, observou-se uma redução, ainda que estatisticamente irrelevante, no número de dentes ausentes.

Ainda em relação à presença de lesões de cárie em crianças, dados levantados pelo SB Brasil de 2023 referentes a indivíduos na faixa etária de 5 e 6 anos apontaram que a prevalência de crianças com um ou mais dentes com cárie não tratada no Brasil foi de 41,18% (IC 95%; 37,56%; 44,80%). No mais, foi observado que as crianças apresentaram, em média, 2,14 dentes com experiência de cárie, ou seja, estavam com cárie não tratada, restaurados ou foram perdidos devido à cárie. Concluiu-se que o número médio de dentes com cárie não tratada (1,68) representa o maior percentual do índice ceo-d, correspondente a 78,38% de crianças com experiência de cárie. Desse total, 5,28% das crianças apresentaram perda dentária, valor menor ao encontrado no presente estudo. Esse fator pode ser explicado pelo tipo de pesquisa conduzida pelo SB Brasil, que abrangeu sorteio da amostra estratificada por conglomerados (setores censitários) em estágio único de crianças com apenas 5 e 6 anos de idade (SB BRASIL, 2023).

A escolaridade e o nível de conhecimento dos pais é um fator importante para a conscientização sobre hábitos de higiene bucal. O menor acesso a informações sobre a prevenção de cárie, como a importância da escovação e da redução no consumo de açúcares, juntamente com condições socioeconômicas desfavoráveis, as quais limitam o acesso a serviços de saúde e ao acompanhamento odontológico para a implementação de cuidados, são fatores que afetam diretamente a saúde oral.

No presente estudo, os dados revelaram que crianças cujos pais possuíam apenas o ensino fundamental ou menos apresentaram a maior prevalência de extrações. Em contraste, entre os filhos de pais ou responsáveis com nível superior, o número foi significativamente menor, com apenas 4 procedimentos (9,5%). Em análise multivariada não ajustada, as crianças filhas de pais ou responsáveis com ensino fundamental ou abaixo apresentaram quase três vezes mais chances de passar por extração posterior precoce. Entretanto, após controlar os fatores confundidores, a associação foi perdida na análise ajustada, tendo o fator experiência de cárie mais significância do que o fator escolaridade dos pais ou responsáveis. Em estudo

transversal de Gomes *et al.* (2022), realizado em 769 pré-escolares de 5 anos de idade, a escolaridade materna foi uma das variáveis associadas a um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) com base na percepção das crianças ($p < 0,05$). Já na revisão sistemática de Lam *et al.* (2022), foi identificada a menor escolaridade dos pais como um fator de risco para o desenvolvimento de cárie precoce na infância (CPI) ao longo de 24 meses em crianças pré-escolares.

Não houve associação significativa entre idade e sexo da criança com a presença de extração posterior. Em estudo realizado por Dutra, Nunes (2021), a variável gênero não apresentou relevância estatística em relação à presença de cárie, porém, entre crianças com 10 anos de idade, uma maior porcentagem em experiência de cárie foi apontada, fator que pode levar à perda dentária. No estudo de Fagundes (2007), concluiu-se que a maior taxa de perda dentária foi encontrada aos 10 anos. Entretanto, o referido estudo avaliou a perda precoce de primeiros molares permanentes inferiores. Em estudo conduzido por Feu *et al.* (2018), idade e sexo também não foram associados à perda de elementos decíduos. Dados corroboram que apesar da limpeza dos espaços interdentais ser de grande importância para a manutenção de uma boa higiene bucal, a maior parte das crianças e dos pais não têm o hábito de utilizar o fio dental. No presente estudo, não houve associação entre o uso de fio dental e a perda dentária precoce. O estudo de Nascimento, Rodrigues, Manso (2023), também não encontrou associação entre o uso de fio dental e a prevalência ou incidência de cárie em dentição decídua. Além disso, foi evidenciado no artigo a falta de dados na literatura que associam essas variáveis exclusivamente à dentição decídua, tomando nota da importância de serem realizados mais estudos acerca desse tema.

O consumo de balas e chicletes não apresentou associação com presença de extração posterior. Porém, é bem esclarecida na literatura a associação entre prevalência de cárie e consumo de alimentos ricos em sacarose, entretanto os fatores dieta-patógeno não devem ser analisados individualmente, levando em conta que a cárie é uma doença complexa. A ingestão de açúcar é fator predisponente para a incidência de lesões cariosas, principalmente quando a má higiene bucal associada a outras questões se fazem presentes. Sendo assim, a cárie é uma doença não transmissível e de origem multifatorial (Martignon *et al.*, 2021). Ainda de acordo com Ferraro, Vieira (2010), o desenvolvimento de cárie é multifatorial, dependendo da interação de diversas variáveis para promover sua progressão. Além disso, não foi observada associação estatisticamente significativa entre a variável amamentação e a perda dentária posterior, a qual para Zou *et al.* (2022) é considerada um fator protetor. O conteúdo da

mamadeira, uso da mamadeira em meses e histórico de visita ao dentista também não apresentaram associação.

Em consonância com os achados de Babaei *et al.* (2019), que não identificaram associação entre ser filho único ou primogênito e maior prevalência de cárie, este estudo também não observou relação entre o número de irmãos e a necessidade de exodontia posterior – desfecho frequentemente decorrente do agravamento da lesão cariosa. Contudo, os resultados divergem do estudo de Folayan *et al.* (2017), o qual demonstrou associação significativa entre o número de irmãos, a ordem de nascimento e a ocorrência de cárie dentária. Essas discrepâncias podem refletir diferenças nos contextos socioeconômicos das amostras ou nos critérios diagnósticos adotados.

Apesar da elevada prevalência de extração dentária posterior (19,1%), foi notada a utilização de mantenedores de espaço em apenas 14 das 43 crianças (33,3%) que tiveram extração posterior. Porém, não foi possível definir o motivo pelo qual o mantenedor de espaço não foi instalado. Uma das hipóteses pode ter relação com o estágio de Nolla do dente permanente sucessor, em que a perda do dente decíduo posterior ocorreu próxima à erupção do dente permanente, o que justifica a não utilização do mantenedor de espaço. Outra possível justificativa para a não instalação do dispositivo em questão reflete o desafio dos serviços odontológicos universitários em garantir um acompanhamento longitudinal dos pacientes e pode estar relacionado à descontinuidade ou ao abandono do tratamento. Como o presente trabalho foi feito a partir de um levantamento de prontuários preenchidos ao longo dos anos pelos alunos da instituição, muitos encontravam-se incompletos, sendo assim, não foi possível identificar com exatidão a causa da não instalação do mantenedor de espaço.

O uso do mantenedor de espaço é a conduta mais adequada quando há perda precoce de dentes decíduos, especialmente no segmento posterior dos arcos dentários. Desta forma, é primordial analisar a necessidade do uso de mantenedor de espaço após a perda de um elemento, principalmente se esta ocorrer quando o dente sucessor permanente se encontrar em estágio inicial de formação radicular ou inferior, para que seja evitada a migração mesial dos dentes adjacentes e a perda de espaço no perímetro do arco dentário.

Os aparelhos mais utilizados foram o banda-alça e o arco lingual, os quais são mantenedores de espaço fixos e não dependem da colaboração do paciente. A escolha deste tipo de mantenedor pode estar relacionada ao já mencionado desafio em manter um acompanhamento longitudinal dos pacientes. Além disso, a maioria dos dispositivos foi instalada no arco inferior, sendo o arco lingual específico para esta arcada. De acordo com

AHMAD *et al.* (2018), não existem evidências fortes a favor de um mantenedor de espaço específico, sendo que cada caso deve ser avaliado individualmente para então decidir o tipo de mantenedor que será melhor indicado. Já o estudo de WATT *et al.* (2018), constatou que a decisão clínica para o uso de mantenedores de espaço depende de alguns fatores, como saúde dos dentes adjacentes, idade do paciente e estágio de erupção dentária, risco de cárie, colaboração do paciente, de qual dente decíduo foi perdido e de fatores funcionais ou estéticos. Todavia, o banda-alça foi descrito como o mais comumente utilizado, dado que se assemelha ao do presente estudo, onde seis pacientes utilizaram este tipo de dispositivo.

As limitações inerentes ao desenho metodológico deste estudo estão relacionadas à natureza retrospectiva da análise, baseada em dados secundários obtidos de prontuários previamente preenchidos, resultando na ausência de informações relevantes que não foram sistematicamente registradas durante o atendimento clínico. Adicionalmente, a amostra por conveniência, composta por crianças que buscaram atendimento na clínica-escola, pode não representar adequadamente a população geral, tanto pelo tamanho amostral reduzido quanto pelas características específicas dessa população.

Outra limitação expressiva refere-se aos potenciais vieses de informação e memória das crianças ou pais/responsáveis, tendo em vista a possibilidade de esquecimento ou tendência a fornecer respostas socialmente desejáveis às perguntas.

Entretanto, este estudo apresenta relevância acadêmica e prática ao caracterizar o padrão de atendimentos odontopediátricos da faculdade, traçar o perfil sociodemográfico das crianças atendidas e identificar as principais demandas clínicas, permitindo direcionar ações preventivas e terapêuticas de forma mais eficiente. Com uma amostra considerada satisfatória, a pesquisa confirmou a associação significativa entre determinadas variáveis com a extração posterior, destacando-se como valiosa ferramenta de gestão clínico-acadêmica.

Ademais, os resultados proporcionam uma compreensão relevante sobre o perfil epidemiológico da população atendida, possibilitando a adequação da oferta de serviços às reais necessidades da comunidade, particularmente frente à considerável prevalência de perda dentária posterior observada. A relevância do estudo amplia-se ainda pela possibilidade de comparação com dados de outras clínicas-escola do país, enriquecendo o entendimento das demandas odontopediátricas em diferentes contextos.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados do presente estudo, concluiu-se que na população estudada houve prevalência de extração dentária posterior de 19,1%, a qual revelou forte associação com Índice de Higiene Oral Simplificado ruim e Experiência de Cárie. Os mantenedores de espaço foram indicados com pouca frequência, sendo os fixos os mais utilizados.

REFERÊNCIAS

AHMAD, A.J.; PAREKH, S.; ASHLEY, P.F. Methods of space maintenance for premature loss of a primary molar: a review. **Eur Arch Paediatr Dent**. 2018 Oct;19(5):311-320.

AHUJA, V. *et al*. Effect of Lingual Arch Space Maintainer on the Position of Mandibular Molars and Incisors in the Vertical Direction during the Resolution of Mandibular Incisors Crowding: a systematic review of clinical trials in humans. **International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 76-81, 27 dez. 2021. Jaypee Brothers Medical Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2039>.

AL-SHAHRANI, N. *et al*. The prevalence of premature loss of primary teeth and its impact on malocclusion in the Eastern Province of Saudi Arabia. **Acta Odontol Scand**. 2015;73(7):544-9. doi: 10.3109/00016357.2014.939709. Epub 2015 Mar 24. PMID: 25804261.

BABAEI, A. *et al*. Oral health of 6-7 year-old children according to the Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index. **BMC Oral Health**. 2019 Jan 17;19(1):20. doi: 10.1186/s12903-018-0709-x. PMID: 30654779; PMCID: PMC6337759.

BARVE, K.; PADAWE, D.; TAKATE, V. Effects of Prefabricated Versus Conventional Band and Loop Space Maintainers on Wound Healing, Plaque Accumulation, and Gingival Health of the Abutment Tooth: A Split-Mouth Randomized Controlled Trial. **Cureus**. 2025 Mar 9;17(3):e80308. doi: 10.7759/cureus.80308. PMID: 40206935; PMCID: PMC11979872.

BIEDMA-PEREA, M. *et al*. Longevity of Aesthetic Fixed Space Maintainers in the Anterior Area of the Pediatric Dental Patient. **Children (Basel)**. 2023 Oct 26;10(11):1734. doi: 10.3390/children10111734. PMID: 38002825; PMCID: PMC10670391.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : relatório final [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 537 p. : il.

DESHPANDE, S.S.; BENDGUDE, V.D.; KOKKALI, V.V. Survival of Bonded Space Maintainers: A Systematic Review. **Int J Clin Pediatr Dent**. 2018 Sep-Oct;11(5):440-445.

DUTRA, G.; NUNES, L. Prevalência de Cárie em Primeiros Molares Permanentes em Crianças de 6 a 12 anos da Clínica de Odontopediatria do Uniflu. **Revista Interface-Integrando Fonoaudiologia e Odontologia**, v.2, n.2, p. 2-12, 2021.

FAGUNDES, A.L.S. **Prevalência de perda precoce dos primeiros molares permanentes inferiores em crianças: a realidade da Equipe Saúde da Família Por Amor a São João da Ponte no período de 2003 a 2010**. 2012, 39 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, São João da Ponte, 2012.

FEU, D. *et al*. Factors Associated with Premature Loss of Primary Teeth in Brazilian Children. **J Dent Child (Chic)**. 2018 Sep 15;85(3):108-113. PMID: 30869586.

FERRARO, M.; VIEIRA, A.R. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. **Int J Dent**. 2010;2010:649643. <https://doi.org/10.1155/2010/649643> PMID:20339488

FOLAYAN, M.O. *et al.* Association between family structure and oral health of children with mixed dentition in suburban Nigeria. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**. 2017 Apr-Jun;35(2):134-142. doi: 10.4103/0970-4388.206034. PMID: 28492192.

GOMES, M.C. *et al.* Premature Primary Tooth Loss and Oral Health-Related Quality of Life in Preschool Children. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Sep 26;19(19):12163. doi: 10.3390/ijerph191912163. PMID: 36231465; PMCID: PMC9564822.

HERNÁNDEZ-PALACIOS, J.J. *et al.* Prevalence of premature loss of deciduous teeth and its relationship with gender among children from Acapulco, Guerrero: a cross-sectional study. **Bol Med Hosp Infant Mex**. 2022;79(5):293-299. English. doi: 10.24875/BMHIM.21000230. PMID: 36264924.

JAGHASI, I.; HATAHET, W.; DASHASH, M. Dietary patterns and oral health in schoolchildren from Damascus, Syrian Arab Republic. **East Mediterr Health J**. 2012 Apr;18(4):358-64. doi: 10.26719/2012.18.4.358. PMID: 22768698.

KHALAF, K. *et al.* Clinical effectiveness of space maintainers and space regainers in the mixed dentition: A systematic review. **The Saudi Dental Journal**. Volume 34, Issue 2, 2022, Pages 75-86.

KUMAR, S.; TADAKAMADLA, J.; JOHNSON, N.W. Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Dent Res** 2016; 95: 1230-1236. doi: 10.1177/0022034516655315. Epub 2016 Jun 22. Review. PubMed PMID: 27334438.

LAM, P. P. Y. *et al.* Risk Predictors of Early Childhood Caries Increment— A Systematic Review and Meta-Analysis, **Journal of Evidence-Based Dental Practice**, Volume 22, Issue 3, 2022, 101732, ISSN1532-3382. doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101732.

MARTIGNON, S. *et al.* Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries. **Braz Oral Res**. 2021 May 28;35(suppl 01):e053. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053.

MARTÍN-VACAS, A.; CALEYA, A.M.; GALLARDO, N.E. Comparative Analysis of Space Maintenance Using Transpalatal Arch and Nance Button. **J Clin Pediatr Dent**. 2021 Apr 1;45(2):129-134. Disponível em: 10.17796/1053-4625-45.2.10.

MONTE-SANTO, A.S. *et al.* Prevalence of early loss of primary molar and its impact in schoolchildren's quality of life. **Int J Paediatr Dent**. 2018 Nov;28(6):595-601. doi: 10.1111/ipd.12416. Epub 2018 Aug 13. PMID: 30105883.

NASCIMENTO E.B.; RODRIGUES, R.; MANSO, M.C. Prevalence of dental floss use in deciduous dentition: A systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hyg**. 2023 Feb;21(1):116-127. doi: 10.1111/idh.12611. Epub 2022 Aug 15. PMID: 35924390.

RAMAKRISHNAN, M; DHANALAKSHMI, R.; SUBRAMANIAN, E.M.G. Survival rate of different fixed posterior space maintainers used in Paediatric Dentistry – A systematic review. **The Saudi Dental Journal**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 165-172, abr. 2019. Elsevier BV.

ROCHA, M.J.; CARDOSO, M.; OLIVEIRA, J. Avulsion of posterior primary teeth and space maintaining appliance: case report. **J Clin Pediatr Dent**. 2000 Fall;25(1):35-9. doi: 10.17796/jcpd.25.1.6436356hn6860312. PMID: 11314350.

SETIA, V. *et al.* Banded vs Bonded Space Maintainers: Finding Better Way Out. **Int J Clin Pediatr Dent**. 2014 May;7(2):97-104. Epub 2014 Aug 29. Disponível em: 10.5005/jp-journals-10005-1245.

SETIA, V. *et al.* Space maintainers in dentistry: past to present. **J Clin Diagn Res**. 2013 Oct;7(10):2402-5. Epub 2013 Oct 5.

SHOAEI, S. *et al.* Trends in dental caries of deciduous teeth in Iran: a systematic analysis of the national and sub-national data from 1990 to 2017. **BMC Oral Health**. 2022 Dec 23;22(1):634. doi: 10.1186/s12903-022-02634-z. PMID: 36564764; PMCID: PMC9789600.

TABATABAI, T.; KJELLBERG, H. Effect of treatment with dental space maintainers after the early extraction of the second primary molar: a systematic review. **Eur J Orthod**. 2023 Jul 31;45(4):462-467. Disponível em: 10.1093/ejo/cjad006.

WATT, E. *et al.* Space maintainers in the primary and mixed dentition – a clinical guide. **Br Dent J**, 225, 293–298 (2018).

ZOU, J. *et al.* Expert consensus on early childhood caries management. **Int J Oral Sci**. 2022 Jul 14;14(1):35. doi: 10.1038/s41368-022-00186-0. PMID: 35835750; PMCID: PMC9283525.

APÊNDICE A - Termo de Justificativa para dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

O TCLE é o instrumento em que o pesquisador comprova a concordância do participante em contribuir para a realização da pesquisa. Todavia, o item IV.8, da **Resolução CNS 466/2012** aponta que “Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a **dispensa do TCLE** deve ser **justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável** ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento. Nesses casos, sempre que possível, o pesquisador deverá suprir a omissão do TCLE por algum outro tipo de registro de consentimento (por exemplo gravação em áudio ou confirmação do consentimento por testemunha).

Sendo assim, Eu **Profa. Dra. Janaina Cristina Gomes**, do Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da **UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, Campus Governador Valadares**, acessível pelos contatos: Tel: (33) 99902-9299 e Email: janaina.gomes@ufff.br, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Perda precoce de dentes decíduos: Prevalência, fatores associados e análise da frequência e do tipo de mantenedor de espaço utilizado em crianças atendidas em clínica de ensino de Odontopediatria e Ortodontia**, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre (TCLE), com a seguinte justificativa **Trata-se de um estudo com dados retrospectivos, de dados de prontuários de pacientes atendidos nas Clínicas de ensino em Odontopediatria da UFJF-GV. Esses pacientes foram atendidos ao longo de 10 anos do curso, desta forma, a localização e contato aos mesmos é impossibilitada. Os riscos relacionados ao acesso a dados pessoais, de saúde e tratamento dos mesmos serão minimizados uma vez que serão acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis, que ao extrair os dados importantes para a pesquisa em uma planilha própria, farão a supressão de quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes e seus responsáveis. Assim, as normas de confidencialidade e sigilo serão respeitadas. Declaro:**

- a) Que o acesso aos dados registrados em **prontuários clínicos dos pacientes atendidos nas clínicas de ensino em Odontopediatria, do curso de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares** para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, **conforme preveem as Resoluções 466/16 CNS item XI.2 letra “a”; e a 510 Art. 28, inciso I.**
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade e compromisso com a privacidade, comprometendo-me a salvaguardar e assegurar a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização, **conforme preveem as Resoluções 466/16 CNS item IV.8 e a 510 Art. 3º IX e X.**
- c) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro, **conforme preveem as Resoluções 466/16 CNS item III.2 letra “j”; 510 Art. 3º VIII.**
- d) Entender que é de minha responsabilidade:
 - Cuidar da integridade das informações e garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas,
 - Não repassar quaisquer dados coletados, na totalidade ou em partes, às pessoas não incluídas na equipe da pesquisa.,



- Comprometer-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa, em relação aos quais serão cumpridos o sigilo e a confidencialidade e o respeito, conforme as normas que regem as pesquisas que envolvem seres humanos,
- Zelar com os cuidados necessários para evitar rasuras, dobras ou qualquer tipo de dano à documentação durante o seu manuseio.;

e) Por meio deste documento, declaramos(amos) que respeitarei(emos) as disposições éticas e legais brasileiras para o acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos, no caso de aprovação do projeto junto ao CEP/UFJF. A saber:

- ✓ Constituição Federal Brasileira – art. 5º, incisos X e XIV;
- ✓ Novo Código Civil – artigos 20 e 21; ✓ Código de Processo Civil – artigos 347, 363, 406;
- ✓ Código de Defesa do Consumidor – artigos 43 e 44;
- ✓ Código de Ética Médica – CFM – Artigos 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108; ✓ Normas da Instituição quanto ao acesso prontuário;
- ✓ Parecer CFM nº 08/2005 e nº 06/2010;
- ✓ Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular GI.2 – GI 1.12;
- ✓ Resoluções da ANS (Lei nº 9.961/2000) em particular a RN nº 21; ✓ Resoluções do CFM – nº 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002; ✓ Cabe ressaltar, ainda, as Leis 13853 (8/7/19); 13709 (14/8/18); 12527 (18/11/11) que garantem a proteção das informações pessoais.

f) Em especial ao Código Penal, que veda em seus artigos – artigos 153 e 154, no que dizem: *“Art. 153 - Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem.”. “Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.* Sendo assim, assino(amos) este termo para salvaguardar todos os direitos dos participantes da pesquisa.

Governador Valadares, 28 de fevereiro de 2024.

Documento assinado digitalmente
JANAÍNA CRISTINA GOMES
Data: 11/03/2024 18:27:32-0300
Verifique em <https://validar.jf.juiz.gov.br>

Janaina Cristina Gomes

Nomes do(s) Assistente(s) e/ou Equipe(es) da Pesquisa	Assinatura
Maria Eliza da Consolação Soares	Documento assinado digitalmente  Maria Eliza da Consolação Soares Data: 05/03/2024 16:32:32-0300 Verifique em https://validar.jf.juiz.gov.br

2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA 	
Gabriela Caldeira Americano	gov.br Documento assinado digitalmente GABRIELA CALDEIRA ANDRADE AMERICANO Data: 05/03/2024 19:57:33 -0300 Verifique em https://validar.jfj.gov.br
Alice Vieira Helal	gov.br Documento assinado digitalmente ALICE VIEIRA HELAL Data: 05/03/2024 18:04:0300 Verifique em https://validar.jfj.gov.br

3

APÊNDICE B - Termo de confidencialidade e sigilo



Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu Profa. Dra. Janaina Cristina Gomes, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Nome do Pesquisador Responsável: Janaina Cristina Gomes
Campus Governador Valadares da UFJF
Instituto de Ciências da Vida, Departamento de Odontologia
CEP: 36036-900
Fone: 33-99902-9299
E-mail: janaina.gomes@ufjf.br

Governador Valadares, 28 de fevereiro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br JANAINA CRISTINA GOMES
Data: 26/02/2025 14:44:34-0300
Verifique em <https://validar.jbr.gov.br>

Assinatura
Janaina Cristina Gomes

CEP/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

APÊNDICE C - Prontuário clínica infantil UFJF/GV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA



PRONTUÁRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL

PRONTUÁRIO

1- DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

Nome: _____
 Apelido (como gosta de ser chamado(a)): _____ Idade: ____ anos Data de nascimento: ____/____/____
 Naturalidade _____ Nacionalidade: _____ Gênero: ☐ masculino ☐ feminino
 Etnia (relatada pelo responsável): ☐ Branco ☐ Negro ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Índio
 Nome do pai: _____
 Nome da mãe: _____
 Estado civil dos pais: _____
 Profissão do pai: _____ Profissão da mãe: _____
 Endereço Residencial: _____
 nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ - _____ Tel contato : () _____ () _____
 Responsável pela criança: _____ Grau/parentesco: _____
 Endereço: _____ Tel: () _____
 Em caso de URGÊNCIA falar com/telefone de contato: _____
 Médico pediatra: _____

Queixa principal:

2- HISTÓRIA SOCIAL

Mora com: () pai () mãe () ambos () outro: _____ N° irmãos: _____ Quantas pessoas moram com a criança: _____ Quem toma conta da criança: _____ Criança: ☐ primogênito ☐ meio ☐ caçula ☐ outros _____
 Frequenta escola: ☐ sim ☐ não Comportamento na escola: ☐ positivo ☐ médio ☐ negativo _____

3- HISTÓRIA MÉDICA

Há relato na família de Diabetes, Epilepsia, Cardiopatia, Hipertensão, Câncer; Hepatite, Problemas comportamentais ou neurológicos, AIDS, Sífilis: (anotar quais e grau de parentesco): _____

Mãe possuiu alguma doença na gestação? ☐ sim ☐ não ☐ não sei Qual? _____

Mãe tomou algum medicamento durante a gestação? ☐ sim ☐ não ☐ não sei Qual: _____ ☐ Flúor

☐ Antibiótico: _____ Motivo: _____

Criança possui algum problema de saúde? _____

☐ cardiovascular ☐ sanguíneo ☐ respiratório ☐ renal ☐ gastrointestinal ☐ hepático ☐ endócrino

☐ neurológico Mais informações: _____

Doenças da infância? ☐ catapora ☐ caxumba ☐ sarampo ☐ rubéola ☐ coqueluxe ☐ difteria

Está sob tratamento médico? ☐ sim ☐ não Qual? _____

Faz uso de algum medicamento? ☐ sim ☐ não Qual? _____
 Já tomou antibiótico? ☐ sim ☐ não ☐ não sei Qual? _____
 Já foi hospitalizado? ☐ sim ☐ não Motivo: _____
 Possui alergia a algum medicamento? ☐ sim ☐ não ☐ não sei Qual? _____

4- HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Já foi ao dentista? ☐ sim ☐ não Idade da 1ª visita: _____ Motivo: _____
 Realizou tratamento? ☐ sim ☐ não Concluiu o tratamento? ☐ sim ☐ não Por quê? _____
 Tomou anestesia? ☐ sim ☐ não ☐ não sei Possui alguma reação? ☐ sim ☐ não Qual: _____
 Já teve algum trauma na face/boca/dentes? ☐ sim ☐ não ☐ não sei
 Qual o local/dente? _____ Quando? _____ Tratamento: _____
 Comportamento frente à situação odontológica passada: ☐ negativo ☐ positivo ☐ indefinido

5- HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

Quem escova os dentes da criança? ☐ criança ☐ pais ☐ ambos ☐ outro: _____ Quantas vezes ao dia? _____
 Usa fio dental: ☐ sim ☐ não Quantas vezes ao dia ou semana? _____
 Assinale a quantidade de pasta colocada na escova: _____ Qual pasta utiliza? _____



Bochechos com flúor? ☐ sim ☐ não Freqüência: _____ Qual bochecho utiliza? _____

6- HÁBITOS ALIMENTARES

Possui restrição a algum alimento: ☐ sim ☐ não ☐ não sei Qual: _____
 Amamentação materna: ☐ sim ☐ não Até qual idade? _____
☐ diurna/freqüência: _____ ☐ noturna/freqüência: _____
 Mamadeira: ☐ sim ☐ não Até qual idade? _____
☐ diurna/freqüência: _____ ☐ noturna/freqüência: _____
 Conteúdo da mamadeira: _____
 Faz uso dos alimentos descritos abaixo? .Quantas vezes?
 (D-diariamente/ S- 2 a 3 x por semana/ FN- finais de semana/ E- eventualmente)
 () balas () chicletes () chocolates () refrigerante () biscoito () salgadinho

AVALIAÇÃO DO DIÁRIO ALIMENTAR: () dieta cariogênica () dieta não cariogênica

7- HÁBITOS NOCIVOS

Possui ou possui o hábito de:
☐ chupeta ☐ dedo ☐ morder objetos ☐ morder lábios ☐ roer unhas ☐ postura ☐ ranger ou
 apertar os dentes ☐ outros _____
 Desde _____ quando _____ ou _____ por _____ quanto _____ tempo? _____

O hábito é realizado () durante o dia () à noite () ambos

8- EXAME FÍSICO**8.1 – Geral**

Alteração: () visão () fala () audição () fonação () andar () dificuldade física e motora () pele Qual? _____

8.2 – Extra- Bucal

Linfonodos: _____
 ATM: _____
 Músculos: _____
 Assimetria facial: _____

8.3 – Intra-Bucal

Lábios/ Freio labial: _____
 Palato: _____
 Língua/Freio lingual: _____
 Amígdalas e/ou adenoide: _____
 Mucosas (bochechas e assoalho bucal): _____

9- EXAME DA OCLUSÃO

☐ Dentição decidua

Arco: ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ misto

Espaço primata: ☐ superior ☐ inferior

☐ Dentição mista

Relação dos molares:

Decíduos (plano terminal):	D	E
Reto	()	()
Degrau Mesial	()	()
Degrau Distal	()	()

Permanentes:	D	E
Não erupcionado	()	()
Topo a Topo	()	()
Classe de Angle	___	___

Overjet: _____(mm) Overbite: _____(mm) Dimensão vertical: _____
 Apinhamento(s): _____ Diastema(s): _____

Perfil: ☐ reto ☐ côncavo ☐ convexo

Arco inferior: ☐ parabólico ☐ triangular ☐ quadrangular

Padrão de fechamento: ☐ normal ☐ alterado _____

Alterações:

☐ desvio linha média ☐ mordida aberta _____

☐ mordida cruzada _____

☐ deglutição _____ ☐ fonação _____

☐ interposição lingual ☐ respiração: _____ ☐ tonicidade muscular _____

Diagnóstico ortodôntico : _____

10- EXAME CLÍNICO BUCAL**10.1– Biofilme Visível**

(terço cervical da superfície vestibular dos dentes anteriores superiores)

Presença (P) ou Ausência (A)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63
V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63

Data: __/__/__

Data: __/__/__

V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63
V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63

Data: __/__/__

Data: __/__/__

V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63
V 13/53	V 12/53	V 11/51	V 21/61	V 22/62	V 23/63

10.2 – Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Crerios

- 0 = sem biofilme
 1 = presena de biofilme no terço cervical
 2 = presena de biofilme no terço cervical e mdio
 3 = presena de biofilme em toda a coroa

Resultado:

- 0 – 1 = Bom
 1, 1 – 2 = Regular
 2, 1 – 3 = Ruim

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Data: __/__/__

V 11/51	V 16/55	V 26/65	IHOS
L 31/71	L 36/75	L 46/85	

Peso paciente (Kg): _____ Anestésico: _____ Dose máx: _____ (no. max. tubetes): _____

10.3- Odontograma

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

Data: ____/____/____

Obs:

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

Data: ____/____/____

Obs:

MBa	Mancha branca ativa	Rcv	Restauração cimento ionômero vidro	FT	Fratura
MBi	Mancha branca inativa	Rr	Restauração resina	E	Envolvimento pulpar
Ca	Cárie (incluir a face)	S	Selante	R	Resto radicular
Ri	Restauração insatisfatória	H	Hipoplasia	C	Coroa aço ou resina
Ra	Restauração amálgama	F	Fluorose		

RISCO À CÁRIE: () ALTO () BAIXO

ATIVIDADE DE CÁRIE: () PRESENTE () AUSENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, para, por meio de seus professores e alunos devidamente autorizados, após exames clínicos realizados e consequentemente diagnóstico, realizarem o planejamento e o tratamento odontológico de meu (minha) filho (a), de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado (a) e devidamente esclarecido (a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu (minha) filho (a) não omitindo nenhuma informação, o que possibilitou o correto diagnóstico e consequentemente tratamento.

Tenho pleno conhecimento que esta clínica e laboratórios, aos quais meu (minha) filho (a) se submete para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração destinados a profissionais da área de saúde, e que o atendimento Odontológico se realiza pelos alunos devidamente orientados por seus professores. Concordo, pois, com toda orientação seguida, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas. Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, meu (minha) filho (a) por ser menor de idade, deverá estar acompanhado por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe.

Tenho pleno conhecimento de que meu (minha) filho (a) poderá não ser atendido (a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Tenho pleno conhecimento do tratamento a ser recebido pelo meu/minha filho(a) e concordo plenamente com a programação de atendimento proposta. Recebi todas as informações necessárias para autorizá-lo estou ciente que possuo direito de solicitar informações adicionais sobre o seu tratamento.

Tenho pleno conhecimento da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu (minha) filho (a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Universidade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado a preservação e resguardo da identidade de meu (minha) filho (a).

Governador Valadares, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____

Nome do (s) aluno (s): _____

Assinatura do professor (res): _____

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perda precoce de dentes decíduos: Prevalência, fatores associados e análise da frequência e do tipo de mantenedor de espaço utilizado em crianças atendidas em clínica de ensino de Odontopediatria e Ortodontia.

Pesquisador: JANAINA CRISTINA GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78717024.5.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.834.516

Apresentação do Projeto:

As informações transcritas nos campos „Apresentação do Projeto“, „Objetivo da Pesquisa“ e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

“A dentição decídua desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da arcada dentária e da oclusão da criança. São os dentes decíduos que guiam a correta erupção dos permanentes. A perda prematura dos dentes decíduos pode ocasionar movimentações dentárias indesejáveis, as quais resultam em perda de espaço e prejudicam a dentição permanente. Nos casos em que a extração prematura ou a perda do dente é inevitável devido a cáries extensas ou por outras razões, a opção mais segura para manter o comprimento do arco e a adequada projeção oclusal é recorrer ao tratamento ortodôntico preventivo através dos mantenedores de espaço. O intuito do uso desses dispositivos é justamente conservar o comprimento da região destinada à erupção do dente sucessor, o qual substituirá o dente decíduo. Tendo em vista esses fatores, o presente estudo objetiva avaliar as características clínicas, sociodemográficas e comportamentais associadas à perda precoce de dentes decíduos e analisar a prevalência dos mantenedores de espaço utilizados no tratamento das crianças atendidas nas clínicas de ensino em Odontopediatria e Ortodontia,

do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.834.518

Governador Valadares (UFJF-GV) nos seus dez anos de funcionamento (2013 a 2023). Este será um estudo do tipo transversal retrospectivo, através do levantamento de prontuários de crianças, de 5 a 12 anos."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Estabelecer os fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais associados à perda precoce de dentes decíduos de crianças atendidas nas clínicas de ensino do curso de Odontologia da UFJF-GV, assim como analisar a prevalência dos tipos de mantenedores de espaço indicados para tratamento ortodôntico preventivo.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de dentes decíduos perdidos precocemente de crianças atendidas nas clínicas de ensino do curso de Odontologia da UFJF-GV. - Avaliar a associação entre experiência de cárie anterior, índice de biofilme, má oclusão e outros fatores clínicos e perda precoce de dentes decíduos de crianças atendidas nas clínicas de ensino do curso de Odontologia da UFJF-GV. - Avaliar a associação entre nível socioeconômico, escolaridade materna, procedência rural ou urbana, idade, sexo e outros fatores sociodemográficos e perda precoce de dentes decíduos de crianças atendidas nas clínicas de ensino do curso de Odontologia da UFJF-GV. - Avaliar a associação entre visita anterior ao dentista, hábitos de higiene bucal, hábitos alimentares e outros fatores comportamentais e perda precoce de dentes decíduos de crianças atendidas nas clínicas de ensino do curso de Odontologia da UFJF-GV."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A execução do presente estudo oferece riscos mínimos aos participantes. Esses riscos estão relacionados ao acesso a dados pessoais dos mesmos. Para minimizar, os prontuários serão acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis, que ao extrair os dados importantes para a pesquisa em uma planilha própria, farão a supressão de quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes e seus responsáveis. Ademais, para que não ocorra extravio ou perda dos dados coletados todo o manuseio dos prontuários será realizado no ambiente da universidade. Toda equipe se compromete a manter sigilo sobre os dados, conforme termo de sigilo assinado por todos os integrantes, que segue em anexo a documentação.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes serão indiretos. Uma vez que conhecer o perfil, prevalência e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.834.518

fatores associados à perda precoce de dentes decíduos das crianças pode contribuir para ações, atividades e políticas de prevenção, controle e tratamento (organização da demanda de acordo com as necessidades da população em que a universidade está inserida) de tal condição. Além disso, os dados e publicações podem contribuir para desenvolvimento científico e assim, a população pode ser beneficiada também com ações de extensão direcionadas às suas necessidades/realidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma segunda versão do projeto, cujas pendências foram atendidas. O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios do pesquisador, conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; e e na Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; combinadas com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa como financiamento próprio, estando de acordo com as a regulamentação definida na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. Os Pesquisadores apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com os requisitos definidos no Manual Operacional para CPes. Apresenta os instrumentos de coletas de dados, prontuários. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância para acesso ao acervo de prontuários de clínicos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/08/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF**



Continuação do Parecer: 6.834.518

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2301973.pdf	08/05/2024 13:23:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCEPAlice.pdf	08/05/2024 13:23:07	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2301973.pdf	07/05/2024 18:01:30		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraAlicediretorICVassinado.pdf	07/05/2024 17:57:46	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCEPAlice.pdf	01/05/2024 13:58:24	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOCEPAlice.pdf	01/05/2024 13:58:24	JANAINA CRISTINA GOMES	Postado
Declaração de concordância	declaracaoprontuarioAlice.pdf	01/05/2024 13:56:32	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	Diariodedieta.pdf	03/04/2024 14:05:46	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	ProntuarioClinicaInfantil.pdf	03/04/2024 14:02:39	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAlice.pdf	12/03/2024 17:12:29	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	LattesAliceVieiraHelal.pdf	12/03/2024 17:11:58	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	LattesGabrielaCaldeiraAndradeAmericano.pdf	12/03/2024 17:10:07	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	LattesMariaElizadaConsolacaoSoares.pdf	12/03/2024 17:08:03	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
Outros	LattesJanainaCristinaGomes.pdf	12/03/2024	JANAINA CRISTINA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.834.518

Outros	LattesJanainaCristinaGomes.pdf	17:06:12	GOMES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOSIGILO.pdf	12/03/2024 17:03:12	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLEALICE.pdf	12/03/2024 16:57:19	JANAINA CRISTINA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 20 de Maio de 2024

Assinado por:

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 38.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br