



JULIANY LIMA TAVARES

**PREVALÊNCIA DE DEFEITO DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE
EM CRIANÇAS DE 4 ANOS DE IDADE.**

Brasília

2025

JULIANY LIMA TAVARES

**PREVALÊNCIA DE DEFEITO DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE
EM CRIANÇAS DE 4 ANOS DE IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em odontologia, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista

Orientador: Profa. Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

Brasília

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que em sua infinita bondade me concedeu a vida e, desde então, tem cuidado de cada passo meu, colocando as pessoas certas na minha jornada. O amor dele é o meu guia e a minha direção. E é a ele a glória!

Agradeço ao meu pai, Eraldo Tavares dos Santos, que nunca mediu esforços para me dar as melhores condições para estudar. Meu pai, que já foi pedreiro, precisou preparar cimento nas obras e proteger os olhos da solda. Hoje, graças aos esforços dele, eu posso manipular um cimento odontológico e proteger meus olhos da luz de um fotopolimerizador. Essas semelhanças me animam, pois se um dia eu for metade do que ele é, ficarei muito satisfeita.

Agradeço à minha mãe, Ducilene Lima do Nascimento, que me incentiva desde antes dos meus primeiros passos. Minha mãe, é o meu maior exemplo de calma e força, dois extremos que harmonizam perfeitamente nela. Minha mãe sabe ganhar o coração de qualquer criança, e com certeza meu carinho pela odontopediatria foi plantado por ela.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa, que é não só um exemplo de cirurgiã dentista, mas também de pessoa. Durante o projeto Gestante Bebê e as clínicas de odontopediatria pude notar que a professora Eliana tem um olhar minucioso para cada paciente, e acompanhar de perto uma profissional tão capacitada foi enriquecedor na minha jornada acadêmica e pessoal. Sem dúvidas e tê-la como orientadora foi a melhor decisão!

Agradeço à minha avó, Maria Elisa, que é meu exemplo de resiliência. Agradeço ao meu namorado, Pedro Henrique, que me apoiou, cuidou, e foi a minha âncora. Sou também muito grata à Universidade de Brasília, que me proporcionou excelentes amigos e professores. Destaco aqui, a professora Aline Úrsula, que não deixou de nos apoiar nem por um segundo.

Por fim, e talvez mais importante, agradeço à minha irmã. Há uma frase popular que diz “Ter um irmão é ter a melhor parte da infância guardada em outro coração” e eu tenho a sorte de dizer que também tenho as melhores lembranças da faculdade guardadas em outro coração. Mariany foi a minha dupla durante todo o curso e, mais do que isso, ela é a minha dupla na vida. Apesar de tanto tempo, hoje em dia olho para ela com o mesmo olhar de admiração que sempre tive.

Dedico meu TCC à memória do meu Primo, Pedro Henrique Marques.

JULIANY LIMA TAVARES

PREVALÊNCIA DE DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE EM CRIANÇAS DE 4 ANOS DE IDADE.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 10/02/2025

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Eliana Takeshita (Orientadora)

Prof. Dr^a. Emília Carvalho Leitão Biato (Membro Titular)

Prof^a. Dr^a. Janine Della Valle Araki (Membro Titular)

Prof^a. Dr^a.Cristiane Tomaz Rocha (Suplente)

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte (DDE) em crianças de 4 anos de idade. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal aninhado a uma coorte de nascimento de um hospital universitário (2017-2018). Foram coletados dados sobre a saúde bucal das crianças, as quais também foram submetidas ao exame clínico para avaliação da presença de DDE nos dentes decíduos. Os dados foram tabulados e analisados através da estatística descritiva. Foram realizadas as análises de prevalência de DDE, quantidade de dentes acometidos por paciente, distribuição por tipo de defeito e prevalência de Hipomineralização em Segundos Molares Decíduos (HSMD). **Resultados:** Foram avaliadas 261 crianças, sendo 136 crianças do sexo masculino e 125 do sexo feminino. A prevalência de DDE foi de 34,1 %, na qual a opacidade demarcada foi o defeito mais prevalente (75%). Considerando a HMSD, a prevalência foi de 13%. **Conclusão:** A prevalência de DDE foi alta nas crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimento.

Palavras-chave: Dente Decíduo; Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte Dentário; Prevalência.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the prevalence of Developmental Defects of Enamel (DDE) in 4-year-old children. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 261 children belonging to a birth cohort of a university hospital (2017-2018). Data on the oral health of the children were collected, who also underwent clinical examination to assess the presence of DDE in the deciduous teeth. The data were tabulated and analyzed using descriptive statistics. The analyses of DDE prevalence, number of teeth affected per patient, distribution by type of defect and prevalence of Hypomineralized Second Primary Molars (HSPM) were performed. **Results:** A total of 261 children were evaluated, 136 males and 125 females. The prevalence of DDE was 34.1%, in which demarcated opacity was the most prevalent defect (75%). Considering HSMD, the prevalence was 13%.

Conclusion: The prevalence of DDE was high in 4-year-old children belonging to a birth cohort.

Keywords: Primary Dentition; Developmental Defects of Enamel; Prevalence.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	10
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	10
2.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	10
2.3 POPULAÇÃO ALVO.....	10
2.4 COLETA DE DADOS: EXAME CLÍNICO.....	11
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	11
3 RESULTADOS	12
3.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	12
3.2 PREVALÊNCIAS DOS DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE.....	12
3.2 DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE DEFEITO.....	12
3.2.1 Prevalência de Hipomineralização em Segundos Molares Decíduos.....	13
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18
NORMAS DA REVISTA	21

1 INTRODUÇÃO

Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte (DDE) consistem em alterações decorrentes de distúrbios durante o processo de amelogenese, ou seja, formação do esmalte dentário. Essa condição pode ser classificada de acordo com a forma que atinge o esmalte, sendo o defeito quantitativo referente a espessura deficiente do esmalte (hipoplasia) e o qualitativo referente a hipomineralização [1]. Ademais os Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte podem ser encontrados tanto na dentição permanente, como na dentição decídua [2]

A hipoplasia trata-se de um defeito de desenvolvimento de esmalte com etiologia multifatorial e que clinicamente se apresenta como dentes com forma irregular, apresentando depressões na superfície, uma vez que apresenta uma ausência parcial ou total de esmalte em uma área específica da coroa dentária [3]. Já a hipomineralização pode ser encontrada na forma de opacidade difusa, em que não há limites claros com o esmalte sadio, e na forma de opacidade demarcada, em que é possível delimitar o esmalte saudável e a opacidade [4]. Ambas condições podem ser causadas por fatores exógenos ou endógenos, mas o que as difere é a presença ou ausência de espessura do esmalte [3].

O acometimento de DDE nas crianças pode-se dar de diversas maneiras. A fluorose, por exemplo, tem a manifestação em forma de opacidade difusa, e é causada por uma ingestão crônica de flúor durante a formação do esmalte dentário, sendo assim, essa condição é rara nas crianças, pois a formação da dentição primária é intrauterina, e a placenta previne a transferência do flúor do sangue da mãe para o feto [5,6,7 8]. Outra forma de acometimento de DDE nas crianças é a Hipomineralização de Segundos Molares Decíduos (HSMD), que pode afetar de um a quatro segundos molares decíduos [9]. Essa condição pode ser considerada fator preditivo para Hipomineralização Molar Incisivo (HMI), que é um Defeito de Desenvolvimento do Esmalte que afeta pelo menos um primeiro molar permanente, podendo afetar também os incisivos permanentes, portanto é uma condição que estará presente por toda a vida do indivíduo [10, 11, 12, 13].

Nas crianças com DDE o impacto negativo na saúde bucal é significativo, uma vez que os dentes acometidos podem apresentar a estética comprometida, sensibilidade dentária e alterações oclusais, além de aumentar a suscetibilidade à

Cárie na Primeira Infância (CPI), uma vez que podem levar ao acúmulo de placa bacteriana, facilitando a progressão de lesões cariosas [4, 14, 1]. Além disso, é válido ressaltar que o esmalte dentário é incapaz de sofrer regeneração, dessa forma as alterações estruturais que o atingem resultam em marcas permanentes [14].

Haja vista que os Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte são um fator que predispõe a CPI e afetam a qualidade de vida das crianças, o diagnóstico precoce é indispensável, a fim de estabelecer de medidas preventivas além de tratamentos adequados, visando minimizar as sequelas da doença e devolver a saúde bucal e a qualidade de vida dos indivíduos que apresentam a condição [4]. Sendo assim, o presente estudo tem por finalidade delimitar a prevalência de DDE em crianças de 4 anos, uma vez que nessa faixa etária a dentição decídua já está completamente formada, o que possibilita o diagnóstico precoce, e o delineamento de planos de tratamento e prevenção de CPI.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal para determinar a prevalência de Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte de crianças de 4 anos de idade pertencentes à uma coorte de nascimento de Hospital Universitário (2017-2018). Para essa finalidade foi realizado um exame clínico, durante a consulta de acompanhamento, para avaliar a presença de Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte nos dentes decíduos. Para a análise estatística descritiva foi realizada a tabulação das informações coletadas em planilha do software Excel (Microsoft Office), e após, os dados foram transferidos para o Programa Jamovi (Version 1.6.18.0).

2.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB (CAAE 65537117.1.0000.0030). Os responsáveis das crianças foram convidados a participarem da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo da pesquisa se trata de crianças de 4 anos, com boa saúde geral, as quais nasceram no Hospital Universitário entre o período de agosto de 2017 a julho de 2018 e que, desde então, participam de uma coorte, recebendo acompanhamento odontológico uma vez ao ano. Na maternidade, 972 mães foram convidadas a participarem da pesquisa, porém na consulta de retorno de 4 anos de idade, apenas 261 crianças compareceram. Foram excluídas crianças que não permitiram o exame clínico da cavidade bucal e que não compareceram à consulta de acompanhamento.

2.4 COLETA DE DADOS: EXAME CLÍNICO

Para a coleta dos metadados os pais ou responsáveis foram submetidos à anamnese sobre saúde geral e bucal da criança, além de outros dados sociodemográficos.

Previamente aos atendimentos, uma equipe com 4 avaliadores foram calibrados por meio de atividades teóricas e práticas para detecção de DDE. Além disso, no exame intrabucal para avaliar presença de DDE nos dentes decíduos, foi utilizado o índice DDE modificado (FDI, 1992), que classifica o defeito quanto à localização, extensão e o tipo. Antes de realizar o exame propriamente dito, os dentes foram limpos utilizando escova dental e dentifrício.

O exame foi realizado em ambiente de clínica odontológica, após a profilaxia, sob luz artificial do refletor da cadeira odontológica, com o auxílio de espelho clínico, sonda de ponta romba (sonda OMS) e seringa tríplice.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada a tabulação das informações coletadas em planilha do software Excel (Microsoft Office), e após, os dados foram transferidos para o Programa Jamovi (Version 1.6.18.0). Foram realizadas as análises descritivas de frequência relativa e absoluta.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Das 261 crianças analisadas, 52,1% (136) eram do sexo masculino e 47,9% (125) do sexo feminino. A média de idade das crianças foi de 4 anos e 3 meses (51,9 meses).

3.2 PREVALÊNCIAS DOS DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE

Em relação à presença de DDE, 89 crianças (34,1%) apresentaram a presença de algum tipo de defeito, conforme mostra a tabela 3. Dessas 89 crianças, 67 apresentaram até 4 dentes acometidos pela condição, o que configura 25,6% da amostra total (Tabela 1).

Tabela 1 – Característica do DDE em crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimento (n = 261).

	n	%
Presença de DDE		
Não	172	65.9 %
Sim	89	34.1 %
Número de dentes acometidos		
0 dentes	172	65.9 %
Até 4 dentes	67	25.6 %
5 dentes ou mais	22	8.5 %

3.2 DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE DEFEITO

A opacidade demarcada foi o tipo de defeito mais comum e foi encontrada em 75% dos dentes com DDE. Já a opacidade difusa e a hipoplasia foram encontrados em 13% e 7% dos dentes com DDE. Em 3% dos dentes foi encontrada a associação entre opacidade demarcada e hipoplasia, e não houveram dentes com os três defeitos associados (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos tipos DDE em crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimento (n = 295).

Tipo	n	%
Opacidade demarcada	220	75 %
Opacidade difusa	39	13 %
Hipoplasia	20	7 %
Outros defeitos	7	2 %
Opacidade demarcada e difusa	-	-
Opacidade demarcada e hipoplasia	9	3 %
Opacidade difusa e hipoplasia	-	-
Opacidade difusa, demarcada e Hipoplasia	-	-

3.2.1 Prevalência de Hipomineralização em Segundos Molares Decíduos

Das 261 crianças, 34 (13%) apresentaram a presença de Hipomineralização em Segundos Molares Decíduos. Dos segundos molares decíduos analisados (n=1044), foram encontrados 82 dentes com a presença de HSMD.

Tabela 3 – Prevalência da Hipomineralização em Segundos Molares Decíduos em crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimento (n = 261)

	n	%
Presença de HSMD	34	13 %
Ausência de HSMD	227	87 %

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência de DDE em crianças de 4 anos de idade, os tipos de defeitos mais comuns, além da prevalência da Hipomineralização em Segundos Molares Decíduo (HSMD). Estudos de prevalência são de extrema importância na odontologia, pois a partir dos dados coletados é possível conhecer a amostra estudada visando planejar, executar e avaliar ações de saúde [15]. Além disso, é relevante destacar que a idade de 4 anos foi escolhida, pois é esperado que nessa faixa etária toda a dentição decídua já esteja completamente erupcionada, sem que nenhum dente decíduo tenha sofrido esfoliação.

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência de DDE foi de 34,1% na amostra analisada e, ao buscar na literatura foi encontrado uma prevalência que varia entre 29,9% e 44%. É possível inferir que essa variação encontrada na literatura, pode estar vinculada à heterogeneidades nas amostras, como por exemplo o país de origem [2, 14, 16]. Mais especificamente no Brasil, há outros trabalhos que apontam a prevalência de DDE em dentes decíduos, como exemplo um estudo realizado em Teresina, capital do Piauí, em que a prevalência de DDE em dentes decíduos foi de 33,7% [4]. Sendo assim, o presente trabalho corrobora com os estudos prévios publicados, uma vez que não há uma discrepância exacerbada dos resultados encontrados, quando comparados aos resultados presentes na literatura, especialmente daqueles estudos que foram realizados no Brasil.

O tipo de defeito mais comum encontrado neste trabalho foi a opacidade demarcada, a qual consiste em um defeito qualitativo. A opacidade difusa possui a mesma classificação, contudo sua prevalência foi menor do que a opacidade demarcada, e essa diferença pode ser em virtude da etiologia dos DDEs. A fluorose dentária, por exemplo, que se manifesta em forma de opacidades difusas, e que é o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental, possui um raro acometimento em dentes decíduos, haja vista que a dentição decídua tem sua formação intrauterina e o flúor não tem capacidade de atravessar a barreira placentária [5, 6, 7, 8].

A Hipoplasia, foi o DDE com a menor prevalência neste estudo. Esse tipo de defeito possui uma etiologia multifatorial, e as causas podem estar relacionadas a fatores ambientais, genéticos, sistêmicos e traumas durante a fase de formação do

esmalte ainda durante a vida intrauterina do indivíduo [17]. A literatura traz que a prevalência de hipoplasia na dentição decídua pode variar bastante a depender da condição racial, étnica, peso ao nascer, presença de deficiências e o tipo de sistema de classificação utilizado. Vale ressaltar que a hipoplasia do esmalte dos dentes decíduos é mais comum em crianças com condições sistêmicas [18]. Portanto, é possível inferir que uma das possibilidades da hipoplasia em dentes decíduos ter apresentado a menor prevalência neste estudo foi devido a amostra, que continha apenas crianças com uma boa saúde geral.

Em relação à presença da HSMD, 13% das crianças apresentaram a condição. Uma revisão sistemática realizada na Irlanda, trouxe uma prevalência de 6.8% de HSMD [10], o que configura em um valor menor em relação ao encontrado neste estudo. Apesar disso, a prevalência de HSMD pode variar de 0 a 21,8% em estudos conduzidos em diferentes países, o que pode explicar a discrepância de resultados em relação à revisão sistemática, a qual incluiu estudos de diversos países [13]. Conhecer a prevalência e saber diagnosticar a HSMD é fundamental, pois, estudos mostram que apesar dos segundos molares decíduos irromperem após os primeiros molares decíduos, a prevalência de cárie dentária neles é maior, o que pode ser explicado pela predileção de HSMD por segundos molares decíduos, o que, se não tratado e diagnosticado corretamente pode acarretar em sua perda precoce [9, 11]

Tendo em vista a prevalência e as diferentes formas de acometimento de DDE em dentes decíduos, é de extrema importância discorrer acerca de sua relação com a cárie dentária. A Cárie na Primeira Infância (CPI), segundo a Declaração de Bangkok, pode estar associada a diversos fatores, inclusive ao DDE [19]. As consequências da doença cárie, consistem em um maior risco de novas lesões cariosas, dor aguda e crônica, diminuição da qualidade de vida, prejuízos estéticos, entre outros [20]

A associação da doença cárie com DDE, pode ser explicada devido à perda da integridade da superfície do esmalte que dificulta a remoção de placa bacteriana nos locais acometidos. Outro fator a ser considerado é a fragilidade do esmalte defeituoso afetado por DDE, o qual é menos resistente ao processo de desmineralização, portanto as lesões de cárie progridem mais rapidamente em comparação ao esmalte sadio. Além disso, mesmo em superfícies relativamente intactas, há estudos que apontam que há a penetração de bactérias no esmalte

poroso acometido por DDE, em locais próximos à junção dentino-esmalte [2]. Portanto, é essencial o conhecimento da prevalência de DDE e suas diferentes formas de manifestação, visando garantir a prevenção da CPI nas crianças que apresentam os defeitos no esmalte.

Visando garantir a prevenção dos DDE, é imprescindível abordar seus fatores etiológicos, e apesar deste estudo não ter realizado análises estatísticas de associação, outras pesquisas na literatura trazem as possíveis etiologias dos Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte. Um estudo realizado na Austrália, afirma que os DDE podem estar relacionados a fatores hereditários, como ocorre na amelogenese imperfeita [2]. Ademais, esses defeitos podem estar relacionados a condições adquiridas nos períodos de desenvolvimento pré-natal, perinatal, ou pós-natal. O tabagismo materno durante a gravidez, por exemplo, se trata de um fator pré-natal, que pode estar associado aos DDE, da mesma forma a intubação endotraqueal, que são frequentemente necessárias em crianças prematuras, também é um possível fator etiológico dos defeitos [2].

O estudo apresentou limitações, pois não foram analisados os possíveis fatores etiológicos do DDE nas crianças, portanto, não foi possível afirmar com clareza quais os fatores de risco para a população estudada. Por fim, não foi possível estabelecer a relação entre HSMD e hipomineralização molar incisivo, dessa maneira, são necessários mais estudos prospectivos para analisar a associação.

CONCLUSÃO

A prevalência de Defeitos de Desenvolvimento de esmalte em crianças de 4 anos pertencentes a uma coorte de nascimentos de um hospital universitário foi de 34,1%, o que condiz com os resultados encontrados na literatura, e corresponde a um valor alto. A maior parte dos dentes acometidos por DDE (75%) apresentavam opacidade demarcada, e a Hipomineralização de Segundos Molares Decíduos atingiu 13% das crianças da amostra.

REFERÊNCIAS

1. ROBLES, Maria J. et al. Prevalence of enamel defects in primary and permanent teeth in a group of schoolchildren from Granada (Spain). *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, v. 18, n. 2, p. e187, 2013.
2. SALANITRI, S.; SEOW, WANDRADE. K. Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management. *Australian dental journal*, v. 58, n. 2, p. 133-140, 2013.
3. DA SILVA, Stefany Viana et al. Hipoplasia de esmalte: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 6, p. 31078-31093, 2023.
4. ANDRADE, Natália Silva et al. Prevalência e fatores associados a defeitos de desenvolvimento do esmalte em crianças de 5 anos de idade matriculadas em creches na cidade de Teresina, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, p. 528-537, 2021.
5. OPINYA, Gladys N. et al. Fluorosis of deciduous teeth and first permanent molars in a rural Kenyan community. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 49, n. 4, p. 197-202, 1991.
6. WARREN, John J.; KANELIS, Michael J.; LEVY, Steven M. Fluorosis of the primary dentition: what does it mean for permanent teeth?. *The Journal of the American Dental Association*, v. 130, n. 3, p. 347-356, 1999.
7. RUAN, J. P. et al. Dental fluorosis in primary teeth: a study in rural schoolchildren in Shaanxi Province, China. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 15, n. 6, p. 412-419, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
9. SOARES, Aline Valeria Castro. SEGUNDOS MOLARES DECÍDUOS HIPOMINERALIZADOS ACOMETIDOS POR CÁRIE DENTÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. 2024.
10. MCCARRA, Charlotte et al. Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM): a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 32, n. 3, p. 367-382, 2022.

11. HALAL, F.; RASLAN, N. Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM) in Syrian preschool children. *European Archives of Paediatric Dentistry*, v. 21, p. 711-717, 2020.
12. MITTAL, N.; SHARMA, B. B. Hypomineralised second primary molars: prevalence, defect characteristics and possible association with Molar Incisor Hypomineralisation in Indian children. *European archives of paediatric dentistry*, v. 16, p. 441-447, 2015.
13. DA SILVA FIGUEIREDO SÉ, Maria Jose et al. Are hypomineralized primary molars and canines associated with molar-incisor hypomineralization?. *Pediatric dentistry*, v. 39, n. 7, p. 445-449, 2017.
14. CORRÊA-FARIA, Patrícia et al. Association between developmental defects of enamel and early childhood caries: a cross-sectional study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 25, n. 2, p. 103-109, 2015.
15. OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, p. 177-189, 1998.
16. SEOW, W. Kim. Dental enamel defects in the primary dentition: prevalence and etiology. *Planning and Care for Children and Adolescents with Dental Enamel Defects: Etiology, Research and Contemporary Management*, p. 1-14, 2015 v.1.
17. DE PAULO, Moises Lucio; DE FRANÇA, Mayra Maria Coury. HIPOPLASIA DE ESMALTE DENTÁRIO: revisão de literatura. **Scientia Generalis**, v. 3, n. 2, p. 276-282, 2022.)
18. SLAYTON, Rebecca L. et al. Prevalence of enamel hypoplasia and isolated opacities in the primary dentition. **Pediatric dentistry**, v. 23, n. 1, p. 32-43, 2001.
19. Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent*. 2019; 29:384-386.
20. TINANOFF, Norman et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International journal of paediatric dentistry*, v. 29, n. 3, p. 238-248, 2019.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do Freio Lingual, do desenvolvimento da oclusão e defeitos de desenvolvimento de esmalte em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília

Pesquisador: Vanessa Polina Pereira da Costa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 65537117.1.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.287.235

Apresentação do Projeto:

Conforme o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1078768_E1.pdf", postado em 02/03/2022:

"Resumo:

O freio lingual é uma estrutura anatômica que se localiza na face inferior da língua e se apresenta como uma pequena prega de membrana mucosa que conecta a língua com o assoalho bucal. Um freio lingual curto e aderido ao assoalho bucal dificulta os movimentos da língua, o que pode prejudicar as diversas funções dessa estrutura como sucção, fala e alimentação. Tal alteração é denominada clinicamente pelo termo anquiloglossia e popularmente conhecida como "língua presa". A avaliação criteriosa desta alteração é importante, uma vez que sua presença pode ocasionar problemas para o recém-nascido, principalmente em função da dificuldade de amamentação. O objetivo deste estudo longitudinal é determinar a prevalência de anquiloglossia de uma coorte de bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB), além de avaliar o desenvolvimento da oclusão e a ocorrência de defeitos de desenvolvimento de esmalte nesta coorte. Serão aplicados os protocolos "Teste da Linguinha" (Martinelli, 2013) e - Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT (Ingram et al., 2015), em bebês recém-nascidos, bem como posterior avaliação da oclusão dentária através do índice de Foster e Hamilton (1969) e da presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte pelos critérios da FDI (1992) modificado. A cronologia de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

O periódico Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada endossa a declaração PRISMA para o relato de revisões sistemáticas e metanálises, ensaios clínicos (CONSORT), a declaração STROBE para relato de estudos epidemiológicos, relatos de caso (CARE), estudos de acurácia em testes diagnósticos (STARD) e a declaração RECORD (REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected Data) para o relato de estudos conduzidos utilizando dados de saúde observacionais coletados rotineiramente. O periódico recomenda que todos os artigos submetidos cumpram com os padrões de qualidade editorial estabelecidos nos Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas. Os autores devem verificar o EQUATOR Network para obter instruções sobre relatórios e mais informações.

Forma e preparação de manuscritos

O periódico só aceita a submissão e faz a publicação de manuscritos em inglês.

O manuscrito enviado para publicação deve ser original e a submissão simultânea a outro periódico, brasileiro ou estrangeiro, não é permitida.

Os manuscritos devem ser submetidos por um dos autores do trabalho através do sistema de submissão ScholarOne; no entanto, os nomes e e-mails e números ORCID de todos os autores devem ser inseridos durante o envio. Apenas submissões online são aceitas para facilitar a publicação rápida. Envios de qualquer pessoa que não seja um dos autores não serão aceitos. O autor responsável pela submissão assume a responsabilidade pelo trabalho durante a submissão e revisão por pares.

Autoria

Todos os inscritos como autores devem atender aos critérios de autoria padrão Contributor Roles Taxonomy (CRediT). Esperamos que todos os autores assumam

publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito submetido à PBOCI. As contribuições de todos os autores devem ser descritas na página do título.

Mudanças na autoria: Espera-se que os autores considerem cuidadosamente a lista e a ordem dos autores antes de submeter seu manuscrito e forneçam a lista definitiva de autores no momento da submissão original. Não será permitido acréscimo ou mudança de autoria durante a etapa de avaliação ou após aceite do texto submetido.

Orcid

É obrigatório fornecer o número ORCID (Open Researcher and Contributor ID) do autor correspondente e de todos os co-autores após a submissão do manuscrito à PBOCI. O número ORCID de todos os co-autores deve ser fornecido na página de rosto do manuscrito. O identificador ORCID pode ser obtido gratuitamente no endereço: <https://orcid.org/register>.

Instruções

O manuscrito deve ser escrito em inglês, de forma clara, concisa e objetiva. Entre em contato com a PBOCI pelo e-mail apesb@terra.com.br para obter informações sobre as empresas de tradução recomendadas. Revisões linguísticas realizadas por empresas que não fornecem o certificado mencionado não serão aceitas.

O texto deve ser fornecido como um arquivo do Word para Windows (doc), usando uma fonte tamanho 12 Times New Roman, tamanho de página A4, com espaçamento 1,5 e margens de 2,5 cm. A extensão do manuscrito é limitada a 16 páginas, incluindo referências, tabelas e figuras.

Página de Título (dados obrigatórios): Título, Autor (es) [Nomes de todos os autores escritos na íntegra, incluindo os respectivos números de telefone e endereços de e-mail para correspondência] e Autor para correspondência. Dados de afiliação institucional / profissional de todos os autores, incluindo Departamento, Faculdade / programa,

Universidade (ou outra instituição), Cidade, Estado e País. NÃO INCLUIR os títulos do autor (DDS, MSH, Ph.D., etc.) ou cargo (Professor, Estudante de Graduação, etc.).

Exemplos:

Emmanuel O. Amobi¹, Jerome Mafeni², Comfort Ayodele Adekoya-Sofowora³

¹Department of Child Dental Health, Faculty of Dentistry, College of Medicine, University of Nigeria, Ituku-Ozalla, Enugu, Nigeria.

²African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana.

³Department of Child Dental Health, Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Nigeria.

Texto Principal

Resumo: Máximo de 280 palavras. O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Palavras-chave: Variando de 3 (três) a 5 (cinco) cinco palavras-chave, escolhidas entre as palavras-chave registradas no Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (<https://meshb.nlm.nih.gov>)

Introdução: Declare o propósito e resuma a justificativa para o estudo ou observação. O (s) objetivo (s) e / ou a hipótese do estudo devem ser declarados no último parágrafo. Evite a apresentação de uma revisão extensiva do campo.

Material e Métodos: Descreva o desenho do estudo, bem como a seleção dos participantes para os estudos observacionais ou experimentais (pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles) claramente, incluindo critérios de elegibilidade e exclusão e uma descrição da população. Identifique os métodos, equipamentos (nome e endereço – cidade, estado e país, do fabricante entre parênteses) e procedimentos com detalhes

suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Os autores devem ter considerado os aspectos éticos de suas pesquisas e devem assegurar que o projeto foi aprovado por um comitê de ética apropriado, que deve ser declarado. O tipo de análise estatística deve ser descrito de forma clara e cuidadosa, mencionando inclusive o software utilizado.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações, destacando as descobertas principais ou mais importantes.

Discussão: Esta é a única seção apropriada para comentários subjetivos e referência à literatura anterior. Inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos resultados do estudo (generalização conservadora).

Conclusão: Deve explicitar claramente a(s) principal (ais) conclusão (ões) do trabalho, ressaltando sua importância e relevância.

Contribuições do autor: As contribuições individuais dos autores ao manuscrito devem ser especificadas nesta seção. As declarações CRediT devem ser fornecidas durante o processo de submissão e aparecerão acima da seção de reconhecimento do artigo publicado como mostrado: Conceituação, Metodologia, Software, Validação, Análise Formal, Investigação, Recursos, Curadoria de Dados, Redação - Rascunho Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização, Supervisão, Administração de Projetos, Aquisição de Financiamento.

Exemplo:

Conceptualization, Writing - Original Draft, Writing - Review and Editing, Supervision and Project Administration.

Suporte financeiro: Qualquer tipo de apoio financeiro (financiamento, subsídios, patrocínio) que você tenha recebido deve ser informado (agência e número de concessão).

Exemplos:

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – Grant Number 06/2017

This study was supported by the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (Capes) and the National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ), Brazil.

Conflito de Interesse: Os autores **devem declarar não haver conflitos de interesse**.

Agradecimentos: Quando apropriado, reconheça a assistência técnica, conselhos e contribuições dos colegas. As pessoas que contribuíram para o trabalho, mas não se encaixam nos critérios para os autores, devem ser listadas na seção Agradecimentos, juntamente com suas contribuições.

Disponibilidade de dados: A PBOCI encoraja ou exige o fornecimento de declarações de disponibilidade de dados.

Tabelas: As tabelas devem ser enviadas no Word (.doc) ou Excel (.xls), não como imagens. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e devem ter um título explicativo. Cada tabela deve ser digitada em uma página separada com relação à proporção da coluna / página impressa e conter apenas linhas horizontais.

Figuras e ilustrações: Cada figura deve ter uma legenda.

Citação de Autores no Texto

As referências devem ser citadas em ordem crescente dentro do parágrafo.

Exemplo:

In Brazil, the association between socioeconomic conditions and higher levels of dental caries has been more evident among brown/black people [9], females [10], low-income and less educated groups [10]. Socioeconomic factors, such as income and schooling [11], are described as determinants in the development of dental caries [12,13].

Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto; caso contrário, essas referências serão removidas automaticamente.

Os autores são responsáveis por garantir que as informações em cada referência sejam completas e precisas. No máximo 50 referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto (modelo Vancouver).

Todas as referências devem ser numeradas consecutivamente e as citações de referências no texto devem ser identificadas usando números entre colchetes (por exemplo, “como discutido por alguns autores [2]”; “como descrito previamente [1,5,12]”). Os autores devem incluir, sempre que possível, o número DOI.

Material não referenciado e, se possível, publicações em outros idiomas que não o inglês devem ser evitadas. Resumos de congressos, artigos não aceitos, observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser colocados na lista de referências.

Se houver sete ou mais autores, listar os seis primeiros seguidos da expressão “et al.

As referências de periódicos e livros devem ser apresentadas como nos exemplos a seguir:

Artigos Publicados. Primeiros 6 autores seguidos por et al., Título, Jornal, Ano, Volume, número das páginas inicial e final ou o número ID do artigo.

Ayub A, Ali S, Issrani R, Sethi A, Khattak O, Iqbal A. Burnout among dental students of private and public dental colleges in Pakistan - A cross-sectional study. *Pesqui Brasileira Odontopediatria Clín Integr*, 2024, 24:e220176.

<https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/3100>

Livro na íntegra. Autores, título do livro, edição, cidade, editora, ano.

Moursi AM, Truesdale AL. *Clinical Cases in Pediatric Dentistry*. 2nd. ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2020. 432p.

Capítulo de livro. Autores, Título do capítulo, Editores, Título do livro, Edição, Cidade, Editor, Ano, número das Páginas do capítulo.

Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*. 4th. ed. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Comunicação da Internet. Certifique-se de que as URLs estejam ativas e disponíveis. Forneça o DOI, se disponível. COVID-19 Economic Impact on Dental Practices. Available from: <https://www.ada.org/resources/research/health-policy-institute/impact-of-covid-19>. [Accessed on January 8, 2024].

Relatório. Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

Documentos Oficiais. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº. 162, de 03 de novembro de 2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião dentista. *Diário Oficial da União* 16 nov 2015; Seção 1. Available from:

<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>

[Accessed on October 10, 2021]. [In Portuguese].

<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>

Questões

Dúvidas sobre submissões em andamento ou outras questões deverão ser encaminhadas para a Secretaria por meio do e-mail: apesb@terra.com.br

Provas Tipográficas

As provas tipográficas serão enviadas ao autor correspondente por correio eletrônico em formato PDF para aprovação final e deverão ser devolvidas com as correções, se necessário, em até 5 (cinco) dias.

Contato

Associação de Apoio à Pesquisa em Saúde Bucal (APESB)

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 475 – Sala 210, Bairro dos Estados, Cep: 58030-960

João Pessoa, Paraíba, PB, Brasil.

Tel. (55 83) 98773-2150

E-mail: apesb@terra.com.br