



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

MATEUS LEITE TAVARES DE LAVÔR

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA ESCOLA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

**ARARUNA-PB
2018**

MATEUS LEITE TAVARES DE LAVÔR

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA ESCOLA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Marly Araújo
Maia Amorim.

**ARARUNA-PB
2018**

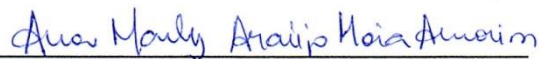
MATEUS LEITE TAVARES DE LAVÔR

**ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA ESCOLA:
UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Artigo apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba Campus VIII, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em: 05/10/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Ana Marly Araújo Maia Amorim (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Me. Maria Jacinta Arêa Leão Lopes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. José Cordeiro de Lima Neto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico aos meus pais, avós, tios (as), primos (as), namorada e amigos (as) por todo apoio e companheirismo durante esses anos longe de casa. Obrigado a todos, sou o resultado da força e confiança de todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus** por ter me guiado em todos os momentos, permitido que esteja aqui hoje e ter me dado saúde e perseverança para seguir em busca de meus sonhos.

Agradeço a meus pais, **Antônio Tavares de Lavôr** e **Ionara Leite Tavares**, à minhas avós **Zilda Leite de Araújo** e **Nizete Tavares de Lavôr**, a meus irmãos **Netim** e **Lucas**, aos meus tios (as) **Aglaís, Mardônio, Zé Leite, Armstrong, Geovani, Haroldo, Graça, Welliton, Ednaldo, Ernaldo, Erivaldo, Janinha, Edna, Valda** e **Nólia** por acreditarem em mim e investirem em meu futuro.

Agradeço a meus primos (as), amigos (as) que fiz na Paraíba e Ceará durante toda vida e à minha namorada **Paula Mariany**, por estarem presentes diariamente em minha vida me apoiando, incentivando e fazendo meus dias mais felizes e a minha amiga **Jeane** por me orientar e conduzir no caminho espiritual.

Agradeço aos que já partiram desse plano e fazem parte de minha vida e que continuam comigo em orações e emanando energia de onde estão, em especial a **vovô Edvar** e a **Heleninha**.

À todo corpo administrativo da **UEPB Campus Araruna** por me propiciar um ambiente acolhedor e de crescimento pessoal e profissional. Em especial a todos os **técnicos** e **professores**, que são exemplos de profissionais que espero ser. Em especial minha orientadora **Dr^a Ana Marly**, quem tenho muito respeito e admiração e confiou em mim e a **Dr^a Smyrna Ximenes, Dr José Cordeiro** e **Dr^a Jacinta Lopes** por gentilmente aceitarem contribuir com a melhoria deste trabalho.

Aos meus colegas de curso e profissão pelo companheirismo e troca de experiências, à minha dupla de clínica **Rafael** pela paciência, incentivo e companheirismo durante os cinco anos de curso. Sou grato a todos que passaram pela minha vida, aprendi muito.

RESUMO

Introdução: O diagnóstico precoce e tratamento preventivo e interceptativo da má oclusão pode solucionar ou amenizar alterações oclusais através procedimentos ortodônticos desde os mais simples até os mais complexos, dependendo do caso. No entanto, o acesso ao tratamento pelo sistema público de saúde é limitado a clínicas escola de poucas instituições de ensino. **Objetivo:** Categorizar e quantificar os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos realizados nos primeiros cinco semestres da implantação da Clínica Integrada da Infância. **Métodos:** A pesquisa consistiu em um estudo retrospectivo e descritivo aprovado pelo CEP (UEPB), na qual a amostra foi censitária com 60 prontuários ortodônticos de pacientes infantis atendido na Clínica Escola do Curso de Odontologia sediado no Campus VIII da UEPB, em Araruna-PB. Um formulário digital foi usado para coletar variáveis como informações pessoais, tipo de alterações diagnosticadas e quantificar os tipos de aparelhos utilizados. Os dados foram tabulados no Google Forms, e Microsoft Excel 2016 e analisados descritivamente no SPSS. **Resultados:** A maioria das crianças atendidas (83,4%) apresentou entre 9 e 12 anos de idade, sendo 95,7% natural de Araruna-PB. Entre os principais motivos para tratamento ortodôntico interceptativo está a perda precoce (53,3%) e hábitos bucais deletérios (13,4%), sendo o eixo transversal (18,3%) o mais acometido. Entre os aparelhos mais utilizados, destacam-se os mantenedores de espaço do tipo prótese removível (50%) e banda-alça (25%), e a PLA ativa (64,3%) como principal recuperador de espaço; além de aparelhos HAAS e Hyrax para expansão maxilar. Até o fim da coleta, 50% dos casos continuavam em tratamento e 30% estavam finalizados. **Conclusão:** Apesar da recente implantação e dificuldades na terceirização para confecção de aparelhos, a clínica escola da UEPB, campus Araruna, vem oferecendo acesso ao tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo.

Palavras-Chave: Ortodontia, Clínica Escola, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Early diagnosis and preventive and interceptive treatments of malocclusion can correct or minimize occlusal alterations through orthodontics procedures, from the simplest to the most complex, depending on the case. However, access to treatment covered by public healthcare is limited to school clinics from a few educational institutions. **Objective:** The aim of this study was to categorize and quantify preventive and interceptive orthodontic treatments performed over the first five semesters of implementation of the Childhood Integrated Clinic. **Methods:** This study was a retrospective and descriptive research. It was approved by the Ethical Committee of UEPB. The sample was composed by 60 orthodontic records of children seen at the Clinic of Dentistry School at UEPB Campus VIII, at the city of Araruna, Paraiba. A digital form was used to collect variables such as personal information, diagnosed orthodontic alterations and types of orthodontic appliances used. Data was tabulated in Google Forms and Microsoft Excel 2016 and descriptively analyzed through SPSS. **Results:** The majority of the children seen (83.4%) were from 9 to 12 years old and 95.7% were born in the city of Araruna. Among the main reasons for interceptive orthodontic treatment was early tooth loss (53.3%) and deleterious oral habits (13.4%), and the transversal axis was the most affected (18.3%). The most used space maintainers were the removable prosthesis (50%) and the fixed space maintainer with band (25%). The principal recover space appliance was the active lip bumper (64.3%), in addition to the HAAS and Hyrax appliances for maxillary expansion. Until the end of this research, 50% of the cases were still in treatment and 30% were completed. **Conclusion:** Despite the recent implementation and outsourcing services for manufacture of the devices, the School Clinic of UEPB, Campus VIII, Araruna, has provided access to preventive and interceptive orthodontic treatment.

Keywords: Orthodontics. School clinics. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporo Mandibular
BTP	Barra Transpalatina
CEO-D	Índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CD	Cirurgião-Dentista
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
PLA	Placa Lábio Ativa
IES	Instituição de Ensino Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
SN2	Aparelho Ortopédico Funcional Simões Network 2
TMA	Fios de Titânio Molibdênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MATERIAIS E MÉTODOS	15
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	15
2.2	LOCAL DO ESTUDO.....	15
2.3	UNIVERSO E AMOSTRA.....	15
2.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	16
2.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
3	RESULTADOS.....	17
4	DISCUSSÃO.....	20
5	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25
	APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS.....	29
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	31
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	32

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a má oclusão é o terceiro problema odontológico de saúde pública mundial, superadas apenas pela cárie e doença periodontal. Segundo os dados obtidos pelo Projeto SB Brasil (2010), 22,9% das crianças com 5 anos de idade apresentavam maloclusões, e aos 12 anos o índice de má oclusão foi de 37,7% (MOZELI e NEGRETE, 2015).

A má oclusão é considerada um desvio morfofuncional do aparelho mastigatório podendo provocar desequilíbrios musculares, estéticos e funcionais, sua etiologia multifatorial, incluindo fatores genéticos, ambientais e comportamentais, que podem estar associado como: a herança genética e fatores étnicos, problemas respiratórios, cárie, doença periodontal e traumas na região da face, perda precoce e retenção prolongada de dentes decíduos, hábitos de sucção não nutritiva e alimentação pouco consistente (MONTEIRO, 2003; WAKED et al., 2004; ITO et al., 2008; MOZELI e NEGRETE; 2015).

No Brasil as oclusopatias mais frequentes em crianças de 5 anos são sobressaliência aumentada (22%), mordida cruzada posterior (21,9%), chave de canino Classe II (16,6%) e sobremordida reduzida (11,9%). Já as crianças com 12 anos que apresentam má oclusão, 11,2% delas são consideradas severas e 9,1% muito severa, segundo o DAI (BRASIL, 2010). Acrescenta-se ainda como alterações oclusais frequentes no Brasil, apinhamento dentário e indivíduos portadores de hábitos bucais deletérios (RODRIGUES ALBURQUERDE, 2007).

Outro fator ambiental frequente consiste na perda precoce do dente decíduo que pode ser causada tanto por distúrbios mecânicos quando por processos patológicos e entre suas principais consequências estão a perda de espaço no arco, instalação de hábitos bucais deletérios e o desenvolvimento de má oclusão (MONTEIRO et al., 2003; MOZELI e NEGRETE, 2015).

As maloclusões podem trazer implicações na vida do indivíduo como: dificuldades mastigatórias, respiratórias, de deglutição e fonação, além de dificuldade de inserção social devido a desarmonia estética. Os problemas ortodônticos ganharam maior enfoque no processo de atenção à saúde devido sua influência nos aspectos funcionais e sistêmicos do pacientes, impacto na estética e alta prevalência, podendo comprometer a qualidade de vida (BAUMAN et al., 2018). Sendo assim, é de grande importância o conhecimento dessas alterações para o

diagnóstico e tratamento precoce evitando o desenvolvimento de um desequilíbrio no sistema estomatognático (WAKED-et al., 2004; MOZELI e NEGRETE, 2015).

Nesse sentido o diagnóstico precoce ainda na fase de dentição mista pode contribuir significativamente na incidência de oclusopatias, prevenindo ou amenizando a severidade dessas má oclusões através de procedimentos simples de ortodontia preventiva e interceptativa (GUZZO et al., 2014). Muitos dos tratamentos preventivos e interceptativos que podem criar condições para evolução normal da dentição são considerados de fácil aplicabilidade prática e tem baixo custo operacional, porém é necessário conhecimento específico do CD (MACIEL, KORNIS, 2006). Nesse contexto, a falta de acesso a esses tratamentos é preocupante, visto que tais procedimentos são praticamente inexistentes no sistema público de saúde (CASTRO et al., 2010).

O Brasil caracteriza-se por elevada prevalência de oclusopatias e baixa capacidade de cobertura universal no tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo pelo SUS, pois mesmo em regiões desenvolvidas como no Sul, onde há 8,56 mil habitantes para cada especialista em Ortodontia, apresenta insuficiência de cobertura (GUZZO et al., 2014). Porém há locais onde já se esboça a prática de ortodontia com perspectiva e possibilidade de socialização, como as Instituições de Ensino Superior (IES) (MACIEL e KORNIS, 2006).

Existem IES de graduação e pós-graduação em Odontologia que oferecem esse tipo de serviço à população, mesmo que não esteja no rol dos procedimentos odontológicos básicos cobertos pelo SUS conforme a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, do Ministério da Saúde (MACIEL e KORNIS, 2006). Constituindo assim, as Universidades como centros de referências para procedimentos especializados e diminuindo a sobrecarga do sistema público de saúde e propiciando maior acesso à comunidade aos serviços odontológicos (SILVA et al., 2007).

Desta forma, essa pesquisa foi desenvolvida com o intuito de categorizar e quantificar os tratamentos ortodônticos preventivos e interceptativos realizados em pacientes infantis atendidos em clínica escola de Odontologia recém implantada em um município de pequeno porte do nordeste brasileiro.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi realizado estudo de caráter transversal, exploratório, feito por meio da técnica da observação indireta, utilizando dados secundários com abordagem de análise quantitativa e utilização de ficha própria para coleta de dados.

Este estudo retrospectivo, observacional, descritivo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UEPB, sob o CAAE de número 79612117.3.0000.5187 (Anexo B) e recebeu a autorização institucional da UEPB através do Termo de Autorização Institucional (Anexo A) para realização e acesso aos prontuários clínicos, que já dispõem de um TCLE.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Banco de dados da Clínica Escola da UEPB Campus VIII, em Araruna-PB, que presta serviço de qualidade à população da região do Curimataú Ocidental Paraibano, por meio da observação de prontuários de pacientes infantis atendidos na Clínica Integrada da Infância I e II. Dentre os procedimentos realizados, nesse estudo, foram coletados dados relevantes aos tratamentos ortodônticos interceptativos e preventivos na referida clínica.

2.3 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo do estudo foi constituído pelos prontuários clínicos dos pacientes atendidos nas Clínicas da Infância I e II do curso de Odontologia Campus VIII, na cidade de Araruna-PB, desde o março de 2015 até o junho de 2018, período letivo relativo a 2015.2 a 2017.2.

No universo de 177 prontuários clínicos de pacientes cadastrados e atendidos foram incluídos apenas os prontuários de pacientes que foram diagnosticados com má oclusão e iniciaram tratamento até o período de coleta. Foram excluídos prontuários incompletos e a amostragem final foi composta por um total de 60 prontuários.

2.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Nas primeiras visitas ao banco de dados foi realizada uma análise na quantidade total de prontuários e, com base nas fichas clínicas foram selecionados os dados a serem coletados por meio de formulário digital criado no Google Forms.

O formulário digital, elaborado pelo Google Forms (Apêndice A), foi dividido segundo as variáveis: gerais e pessoais (sexo, idade e naturalidade) Para verificar tempo de tratamento foram coletadas informações quanto ao número de consultas. Sendo também coletado o comportamento e comparecimento nas consultas, bem como possíveis abandonos.

Foram contabilizados os tratamentos propostos de acordo com os diagnósticos mais frequentes, como perda precoce, hábitos deletérios e alterações dentárias ou esqueléticas nos eixos de diagnóstico transversal, sagital ou vertical. Dados como exames complementares foram coletados, como a panorâmica e telerradiografia digital, também disponível na clínica escola de radiologia da UEPB. Para dados qualitativos e quantitativos, a variedade de aparelhos utilizados foram categorizados em mantenedores de espaço, fixo e removível, aparelhos para tratamento transversal, sagital e vertical .

Também foram levados em consideração o comprometimento da criança quanto o uso adequado e colaboração e evolução do caso.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A tabulação inicial foi feita diretamente no programa Google Forms (*Google LLC*) e facilitou a exportação da planilha o Microsoft Excel 2016 (*Microsoft Corporation S.A*). A análise estatística descritiva, em frequência e médias, foi realizada por meio do Programa SPSS, que permitiu a quantificação dos procedimentos realizados segundo as categorias pré-estabelecidas.

3 RESULTADOS

Dentre o total de 60 crianças atendidas, uma discreta maioria era do sexo feminino (55%), com maior parte na idade de 9 anos (36,7%) e 10-12 anos (46,7%), fase do período intertransitório da dentadura mista. Quanto a localidade, os residentes no município de Araruna formaram uma ampla maioria, representando 95,7%, como descrito na tabela 1.

Considerando que todas as crianças receberam tratamento clínico prévio, visto a média de ceo-d e CPO-D iniciais e tratamento ortodôntico associado, observa-se um tempo de tratamento longo, com média de 16,6 consultas, e atendimento médio por mais de duas duplas de alunos.

Tabela 1: Quantitativos de dados gerais e pessoais, tratamento prévio.

VARIÁVEL	N	%	MÉDIA
SEXO			
Masculino	27	45	
Feminino	33	55	
IDADE			
6-8	10	16,6	
9	22	36,7	
10-12	28	46,7	
NATURALIDADE			
Araruna-PB	58	95,7	
Outras cidades	2	4,5	
COMPORTAMENTO			
Colaborativo	55	91,7	
Não colaborativo	5	8,3	
CONDIÇÃO SAÚDE BUCAL INICIAL			
ceo-d			5 ($\pm 3,8$)
CPO-D			0,9 ($\pm 1,3$)
TEMPO DE TRATAMENTO			
NÚMERO DE CONSULTAS			16,6 ($\pm 7,6$)
NÚMERO DE DUPLAS			2,3 ($\pm 0,8$)

Quanto ao motivo do tratamento preventivo e interceptativo para o desenvolvimento da oclusão, observa-se que o principal motivo foi a perda precoce, com 53,3%. Seguido de alterações ortodônticas, principalmente nos eixos transversal e sagital, com 18,3% cada. A panorâmica foi o exame complementar mais utilizado, com 46,7%.

Tabela 2: Quantitativo da situação em Ortodontia e tipo de má oclusão.

VARIÁVEL	N	%
MOTIVO DO TRATAMENTO		
Perda precoce	32	53,3
Hábitos bucais deletérios	8	13,4
Apenas alteração Ortodôntica	20	33,3
EIXO COMPROMETIDO		
Sem alteração ortodôntica	22	36,7
Alteração transversal	11	18,3
Alteração vertical	11	18,3
Alteração sagital	4	6,7
Mais de um Eixo	12	20,1
EXAMES DE IMAGEM		
Apenas periapical	17	28,3
Panorâmica	28	46,7
Telerradiografia	1	1,7
Ambas	14	23,3
SITUAÇÃO EM ORTO		
Em planejamento	5	8,3
Em tratamento	30	50
Finalizado	18	30
Interrompido	7	11,7

Ao final da coleta, após 5 semestres de atendimento, 30% dos tratamentos foram finalizados mesmo com as dificuldades enfrentadas na logística dos atendimentos por ser realizados apenas em períodos letivos do calendário acadêmico e com longos espaços sem atendimentos por motivos de férias

acadêmicas e greves de funcionários da instituição. Houve interrupção de 11,7% dos tratamentos.

Visto o quantitativo de casos de perda precoce, considera-se importante quantificar as escolhas dos tipos de mantenedores de espaço. Observa-se que 50 % dos casos foram interceptados com mantenedores removíveis funcionais, e a arcada inferior foi a mais acometida. Dentre os tipos de mantenedores instalados, os mantenedores removíveis foram os mais escolhidos (50%), seguido de banda alça (25%), arco lingual (12,5%) e PLA (12,5%).

Tabela 3: Quantitativo de procedimentos interceptativos decorrentes de perda precoce, com mantenedores e recuperadores de espaço.

VARIÁVEL	N	%
MANTENEDOR		
Fixo	16	50
Removível Funcional	16	50
ARCO		
Superior	4	12,5
Inferior	24	75
Ambos	4	12,5
TIPOS		
Banda-alça	8	25
Arco Lingual	4	12,5
Placa Lábio Ativa (PLA)	4	12,5
Prótese removível	16	50
RECUPERADOR DE ESPAÇO		
Superior	5	35,7
Inferior	8	57,1
Ambos	1	7,2
TIPOS		
Placa Lábio Ativa (Inferior)	9	64,3
HAAS e mola TMA (Superior)	5	35,7

Quanto aos recuperadores de espaço, a placa lábio ativa foi mais utilizada em 64,3% dos casos, seguido HAAS associado à mola de TMA para distalização (35,7%).

Tabela 4: Quantitativos dos aparelhos para tratamento transversal, sagital e vertical.

VARIÁVEL	N	%
TRATAMENTO TRANSVERSAL	33	63,2
Expansor Lento Removível	12	23
Expansor Lento Fixo	4	7,6
Expansão Rápida de Maxila	17	32,6
TRATAMENTO SAGITAL	10	19,2
Classe II	5	9,6
Classe III	5	9,6
TRATAMENTO VERTICAL	9	17,2
Mordida Aberta	5	9,6
Mordida Profunda	4	7,6
TOTAL	52	100

4 DISCUSSÃO

A má oclusão é resultado da interação de fatores genéticos e ambientais e caracteriza-se como um transtorno do desenvolvimento que afeta o complexo craniofacial e que compromete os aspectos funcionais e estéticos dos indivíduos podendo esta associada ao impacto negativo na vida das pessoas, como dificuldades de inserção social (BAUMAN et al., 2018). Sendo assim, ela é considerada problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, possibilidade de prevenção e de tratamento, portanto o problema deve figurar entre as ações de saúde (BRAGIATO et al., 2018; MARISE et al., 2016).

O tratamento dessas oclusopatias quando acontece precocemente na dentição decídua ou mista causa melhoria das condições estéticas e funcionais e podem conferir às crianças um benefício em todo o sistema estomatognático e

prevenir maiores complicações futuras. Com limitações em casos mais graves, a depender do processo de crescimento e desenvolvimento craniofacial (BRAGIATO et al., 2018; MOZELI & NEGRETE, 2015; HELBING, 2007).

A abordagem de tratamento de oclusopatias através de procedimentos preventivos e interceptativos é passível de ser ofertado no serviço público junto à atenção básica, mesmo com insuficiência de recursos. O correto planejamento de ações ortodônticas e adoção de um protocolo, baseado em evidências científicas, muitas vezes requerem somente orientações à criança e aos pais sobre atitudes preventivas como os benefícios do aleitamento materno, importância e cuidados com dentição decídua, remoção de hábitos deletérios, encaminhamento a outro profissional da saúde, confecção de aparelhos simples pelo próprio CD ou até mesmo com procedimentos como restauração de cáries interproximais em molares para prevenir perda de espaço (RODRIGUES, 2016; ARAUJO, 2012; CASTRO, 2010; MACIEL & KORNIS, 2006; NOBREGA & TEIXEIRA, 2006).

Nesse contexto, as IES configuram-se em alternativas efetivas de tratamento especializado em Ortodontia na fase de dentadura decídua e mista. Na amostra estudada, as crianças atendidas com idade entre 9 e 12 anos, apresentam dentadura mista, fase em que o tratamento ortodôntico interceptativo pode ser considerado eficaz tanto para melhorar a má oclusão quanto para prevenir maiores complicações futuras, como afirma King (2010), que realizou em 133 crianças tratadas em uma clínica escola de ortodontia da Universidade de Bergen, Noruega.

Ressalta-se ainda que de acordo com Almeida-Pedrin et al. (2003) crianças entre 9 e 12 anos apresentam-se mais colaborativas com a aceitação do tratamento ortodôntico e cuidado com os aparelhos, corroborando os dados de que 91,7% das crianças do estudo mostraram-se colaborativas com o tratamento.

Devido à implantação recente da clínica escola, a procura pelo serviço é predominantemente de residentes da cidade de Araruna-PB (95,7%), sendo esse dado compatível com o estudo de Silva et al. (2009) que relata maior acessibilidade da população local do que por pessoas de outras cidades. Entretanto, o acesso da população em geral ao tratamento das oclusopatias é praticamente inexistente no serviço público segundo a pesquisa de Castro (2010), sendo focalizada e restrita em nível individual e ofertada principalmente pelo setor privado e por algumas IES em odontologia (ALMEIDA et al., 2017). Dessa forma, acredita-se que ao longo dos

anos, os atendimentos especializados promovido pela Clínica Escola da UEPB campus Araruna seja referência para cidades circunvizinhas.

Outro diferencial de atendimento promovido pela IES é a acessibilidade aos exames de imagem como a panorâmica e telerradiografia, exames complementares essenciais para o acompanhamento para o desenvolvimento da oclusão na fase de dentadura decídua e mista, visto que fornecem um meio para visualizar o desenvolvimento intra-ósseo dos germes dos dentes e permite identificar desvios no padrão normal de erupção que possam ocasionar desordens na oclusão, sendo de grande importância para o correto planejamento de cada caso (GARTNER & GOLDENBERG, 2009).

O atendimento ortodôntico acontece de maneira integralizada com a Odontopediatria, iniciando sempre com o diagnóstico e tratamento da condição de saúde bucal geral. Dessa forma observou-se que os valores de ceo-d (5,0) foram superiores a média de 2,1 do Brasil e de 2,6 na região nordeste, de acordo com os dados do SBBrazil 2010, de forma a ressaltar a necessidade do atendimento odontológico prévio da maioria dessas crianças na própria clínica escola, visto que o tratamento ortodôntico apenas é iniciado após adequação do meio bucal.

A perda precoce de dentes decíduos foi o motivo principal do tratamento ortodôntico e predominante em 53,3% das crianças, quantitativo compatível com os achados de 52,97% de Bittencourt e Machado (2010), inferior aos 69,2% de Cavalcanti et al. (2008) e superior aos 42,6% de Cardoso et al. (2005). A perda precoce é frequente, principalmente em pacientes com condição socioeconômica baixa e causada principalmente por cárie dentária ou traumas, sendo a manutenção desse espaço importante para evitar problemas oclusais, distúrbios fonéticos, mastigatórios e estéticos (ALMEIDA et al., 2017; NOBREGA et al., 2018).

Dentre as perdas precoce, a ausência dos molares decíduos acarretará maior chance de perda de espaço, pois favorecerá com que o 1º molar permanente mesialize(MOYERS, 1991), sendo assim de grande importância o atendimento precoce para manutenção da dentição decídua e manutenção de espaço para a dentição permanente.

A manipulação correta dos espaços criados precocemente com a perda dentária previne problemas de oclusão, migração dentária, instalação de hábitos nocivos e comprometimento das funções mastigatórias, fonéticas e estéticas. No

tratamento precoce os aparelhos podem ser fixos ou removíveis e cada um tem sua indicação específica (ALMEIDA et al., 2017).

Nesse estudo foi observada a mesma prevalência de 50% tanto para mantenedores removíveis quanto fixos. Os mais comuns foram a banda-alça (25%), seguido do PLA e arco lingual (ambos com 12,5%); quanto aos recuperadores de espaço mais utilizados foram o PLA ativo em 64,3% e o Expansor HAAS com mola TMA em 35,7% dos casos. Ambos os aparelhos mantenedores e recuperadores de espaço foram mais frequentes no arco inferior sendo 75% e 57,1%, respectivamente.

A presença de hábitos bucais deletérios esteve presente em 13,4% das crianças, valor este muito inferior aos 73,4% encontrados por Cavalcanti et al. (2007). A prevalência desses hábitos orais tende a começar durante os primeiros três anos de idade devido necessidade fisiológica de sucção, por questão cultural ou socioeconômica e é um dos agentes causadores das má oclusões, sendo sua interceptação precoce a melhor maneira para prevenir ou até reverter o problema (SOUZA et al., 2010).

Associado aos hábitos bucais deletérios, é comum a observação de crianças com alterações transversais, entre elas: a mordida cruzada posterior unilateral e bilateral, sendo prevalentes em 18,3% das crianças, valor este semelhante à média nacional de 19,3% e regional de 20,9% (BRASIL, 2010) e inferior aos 26,4% de Evangelista (2014) e aos 34,2% de Melo (2016). Os aparelhos mais utilizados para correção dessas maloclusões foram o HAAS e Hyrax que permitem os protocolos de expansão rápida da maxila, ideal para faixa etária, a depender da intensidade da mordida cruzada. Sendo o HAAS mais utilizado, visto a versatilidade de adicionar acessórios, como molas digitais e a mola TMA para distalização do primeiro molar, como alternativa de recuperador de espaço.

As alterações verticais também foram prevalentes em 18,3% das crianças, ficando acima dos 11,6% da média nacional e dos 9,4% da média regional (BRASIL, 2010), superior aos 4,7% de Evangelista (2014) e muito inferior aos 37,8% de Melo (2016). Para o tratamento dessas alterações, também comumente associadas a hábitos bucais deletérios, como sucção digital e interposição lingual, foram utilizados aparelhos fixos com grade anterior associado ao bi ou quadri-hélice para expansão lenta da maxila. Além de em menor frequência, aparelhos removíveis com levante anterior para mordida profunda.

As alterações sagitais estavam presentes nesse estudo em 6,7% das crianças o que é semelhante à média nacional de 6,9% e inferior a média regional de 8,8% (BRASIL, 2010), sendo também inferior aos 9,4% encontrados por Evangelista (2014) e aos 13,3% de Melo (2016). Os aparelhos mais utilizados para tratamento dessas alterações foram Bionator, SN2 Ortopédico Funcional, BTP com apoio cervical e Split Maxilar com protusão mandibular para os casos de Classe II e a Máscara Facial de Petit e AOR com molas digitais para os casos de Classe III.

As alterações em mais de um eixo foram encontradas em 20,1% das crianças, sendo a maior prevalência de todas essas combinações, revelando a importância de um atendimento mais especializado, visto que a combinação de alterações nos eixos de crescimento requisitam maior complexidade de tratamento.

Esses resultados demonstram que a Clínica Integrada da Infância da UEPB Campus Araruna/PB detém capacidade de prevenir e intervir em crianças portadores de má oclusão, garantindo tratamento integral e de qualidade.

5 CONCLUSÃO

A importância do acesso integral ao tratamento odontológico, inclusive ortodôntico preventivo e interceptativo na fase de dentição decídua e mista é essencial para prevenir possíveis problemas oclusais, distúrbios fonéticos, mastigatórios e estéticos.

O curso de Odontologia da UEPB Campus Araruna adota o conceito ampliado de saúde, deixando um modelo assistencial baseado no atendimento integral à saúde e oferece serviços especializados que não estão disponíveis na rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA DR. et al. Reabilitação estético-funcional em perda precoce de dentes decíduos, por meio de mantenedores de espaço: relato de caso clínico. UNIT-SE. Aracajú, 2017. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1871>
- ALMEIDA MR. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. **Dental Press J Orthod**. V. 16, n. 4, p. 123-131, 2011.
- ARAÚJO MR. Estudo sobre a aplicabilidade de um exame padrão para atendimento ortodôntico no âmbito do SUS [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
- BAUMAN JM. et al. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças brasileiras de 12 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 23, N. 3, P. 723-732, 2018
- BITTENCOURT MA. e MACHADO AW. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. **Dental Press J Orthod**. V. 15, n.6, p. 113-122, 2010.
- BRAGIATO R. et al. Ortodontia no SUS. **Rev. UNINGÁ**. V. 55, n. 2, p. 154-168, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Resultados Principais. Brasília, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. Diário Oficial da União n. 119. Brasília, 6 março. 2001.
- CARDOSO L. et al. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. **Pesq. Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. V. 5, n. 1, p. 17-22, 2005.
- CAVALCANTI AL. et al. Prevalência de perda precoce de molares decíduos: estudo retrospectivo. **Acta. Sci. Health Sci.**. V. 30, n.2, p. 139-143, 2008.
- CAVALCANTI AL. et al. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. **Revi. de Salud Pública**. V. 9, n. 2, p. 194-204, 2007.
- EVANGELISTA ME. A avaliação do tratamento ortodôntico, maloclusão e hábitos bucais deletérios de crianças atendidas nos estágio supervisionados da criança e adolescente da UFSC. Repositório Institucional da UFSC. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/127206>

FREITAS, MR. et al,. Prevalência das más oclusões em pacientes inscritos para tratamento ortodôntico na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. **Rev. Fac Odontol Bauru**. V. 10, n.3, p. 164-169, 2002.

GARTNER CF. e GOLDENBERG FC. A importância da radiografia panorâmica no diagnóstico e no plano de tratamento ortodôntico na fase da dentadura mista. **Rev. Odonto**. V. 17, n. 33, p. 102-109, 2009.

GUZZO SC. et al. Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica no SUS: perspectiva dos Cirurgiões-Dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**.V. 19, n. 2, p.449-460, 2014.

HEBLING SRF. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 12, n. 4, p. 1067-1078, 2007.

ITO, C. et al,. Associação entre hábitos de sucção não nutritivos e as relações oclusais ântero-posteriores em crianças nipo-brasileiras. **Ciência Odontol Bras**. V. 11, n.1, p. 19-26, 2008.

JANVINEN S. Indexes for orthodontics treatment need. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. V. 120, n. 3, p. 237-239, 2001.

KING GJ. Effectiveness of interceptive orthodontic treatment to reduce malocclusion. **American Journal of Orthodontics e Dentofacial Orthopedics**. V. 137, n. 1, p. 18-25, 2010.

MACIEL SM & KORNIS GEM. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Rev. Saúde Coletiva**. V. 16, n.1, p. 59-81, 2006.

MARISE FS et al. Gravidade da maloclusão em adolescentes: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**. V. 50, p. 1-11, 2016.

MELO ACS. Prevalências e tratamento das más oclusões de uma clínica escola de odontologia. UEPB. Araruna, 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/15026>

MONTEIRO, SL. et al,. Ortodontia preventiva X Ortodontia Interceptativa: indicações e limitações. **J Bras Ortodon Ortop Facial**. V. 7, n.47, p. 390-397, 2003.

MOZELI KV & NEGRETE D. Ortodontia em Saúde Pública. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**. V. 27, n.3, p 229-234, 2015.

MOYERS, E. R. Ortodontia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 483p

NÓBREGA JS & TEIXEIRA JA. Estudo da prevalência da cárie dentária, má-oclusão e hábitos bucais deletérios em pré-escolares assistidos pelo PSF visando à reformulação das ações em promoção de saúde bucal. 2006. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/Jane_E_MH.pdf. Acessado em: 10 de setembro de 2018.

NÓBREGA ML et al. Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Rev. Pró-univerSUS**. V. 9, n.1, p. 61-67, 2018.

RODRIUES ALBURQUERDE, H. et al,. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**. V.20, n.1, p 40-45, 2007.

SILVA, M. C. B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA), **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 12, n. 5, p. 1237-1246, 2007.

SILVA, C. H. V. et al. Perfil do serviço de pronto atendimento odontológico da Universidade Federal de Pernambuco. **Odont Clín-Cient**, v. 8, n. 3, p. 229-235, jul./set., 2009.

SOUZA RA. et al. Assistência ortodôntica no serviço público – fase II. Tratamento de alterações oclusais decorrentes de hábitos orais deletérios em escolares de Jequié-BA. **Orthodontic Science and Practice**. V. 3, n. 11, p. 248-255, 2010

VELLINI, F. Ortodontia Diagnóstico e Planejamento Clínico. 7ª edição. São Paulo: **Editorial Las Artes Medicas**, 2002.

WAKED, AO. et al,. Prevalência das más-oclusões em pacientes da Clínica de Ortodontia da Universidade Federal de Pernambuco. **J Bras Ortodon Ortop Facial**. V. 9, n.59, p 385-389, 2004.

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS

Nome: _____ **Sexo** F () M ()

Data de Nascimento __/__/__ **Início da Clínica** __/__/__

CEO-D ___ **CPO-D** ___ **Comportamento Colaborativo:** SIM () NÃO ()

Faltas recorrentes: SIM () NÃO () **Abandono:** SIM () NÃO ()

Número de Semestres: ____ **Número de consultas totais:** ____

Situação Ortodontia: Em tratamento () Finalizado () Interrompido ()

Motivo/Necessidade:

Perda precoce () Alteração transversal () Alteração sagital ()

Alteração vertical () Hábitos deletérios ()

Exame de imagem: Panorâmica () Telerradiografia () Ambos ()

Mantenedor Fixo: SIM () NÃO () **Quantidade:** ____ Superior () Inferior ()

Tipo: () Banda-alça () Arco Lingual () PLA () BTP

() Banda-alça+PLA () Arco lingual + BTP

Mantenedor Funcional: SIM () NÃO ()

Quantidade: ____ Superior () Inferior ()

Recuperador de Espaço: SIM () NÃO ()

Quantidade: ____ Superior () Inferior ()

Tipo: () PLA ativa () HAAS com Mola TMA () OAR com Mola Digital

() PLA ativa + HAAS com Mola TMA () PLA não ativa

Tratamento transversal

Expansor lento removível: SIM () NÃO () Superior () Inferior ()

() Molas digitais para incisivos () Recobrimento oclusal

() Levante de mordida anterior

Expansor lento fixo: SIM () NÃO ()

Tipo: () Bi-Hélice () Quadri-Hélice

Expansão rápida: SIM () NÃO () **Quantidade:** ____

Tipo: () HAAS () HAAS Modificado () Hyrax

Tratamento vertical: SIM () NÃO ()

() Grade para mordida aberta () Levante anterior para mordida profunda

Tratamento sagital: SIM () NÃO ()

Classe II () Tipo: () Bionator () Aparelho ortopédico funcional

() BTP com apoio cervical () Split Maxilar com protusão mandibular

Classe III () Tipo: () Máscara Facial de Petit () Molas digitais

Uso adequado do aparelho: SIM () NÃO ()

Necessidade de novo aparelho: SIM () NÃO ()

Evolução com mudança de aparelho: SIM () NÃO ()

Utilização de braquetes: SIM () NÃO ()

Desgaste seletivo em decíduos: SIM () NÃO ()

Comportamento quanto uso do aparelho: Colaborativo () Não colaborativo ()

Valor médio do aparelho: _____ **Custo total:** _____

**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA
DE DADOS EM ARQUIVO**

34



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII- PROFESSORA MARIA DA PENHA- ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS
EM ARQUIVOS**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "PERFIL E NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE CRIANÇAS NA CLÍNICA ESCOLA DA UEPB: UM ESTUDO RETROSPECTIVO", desenvolvido pela Professora ANA MARLY ARAÚJO MAIA, professora efetiva do Curso de Odontologia da UEPB com a participação da orientanda MARIA DAS GRAÇAS SOARES DINIZ. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá nos Arquivos da secretária de clínicas, localizada no setor de coordenação de clínicas da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII. A referida pesquisa será para categorizar e quantificar os procedimentos clínicos realizados nas Clínicas Integrada da Infância I e II, do curso de Odontologia, Campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba nos primeiros quatro semestres (2015.2, 2016.1, 2016.2 e 2017.1) de sua implantação na cidade de Araruna/PB. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

ARARUNA/PB, 25 de Outubro de 2017

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Campus VIII - Araruna

Oswaldo Gomes Araújo
Coordenador de Odontologia

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL E NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE CRIANÇAS NA CLÍNICA ESCOLA DA UEPB: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Pesquisador: Ana Marly Araújo Maia Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79612117.3.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.371

Apresentação do Projeto:

Mesmo com ampliação de ações preventivas em saúde bucal, os índices de problemas bucais, como cáries e más oclusões, ainda apresentam grande incidência em crianças de países em desenvolvimento, como o Brasil. A dificuldade de acesso à assistência odontológica no serviço público impulsiona à demanda por tratamentos em centros universitários, especialmente em clínicas de atendimento odontopediátrico. Objetivos: Categorizar e quantificar os procedimentos clínicos realizados nas clínicas infantis do curso de Odontologia, Campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba nos primeiros quatro semestres de sua implantação na cidade de Araruna/PB. Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e quantitativo que utilizará os dados presentes nos prontuários clínicos dos pacientes atendidos nas clínicas infantis do curso de Odontologia do Campus VIII entre os semestres de 2015.2 a 2017.1, utilizando apenas prontuários que apresentem o TCLE assinados pelos pais e/ou responsáveis. Uma ficha de coleta de dados secundários, com divisões de dados demográficos, dados de tempo de tratamento, realização e quantificação de procedimentos clínicos, estando divididos por áreas de conhecimento da odontologia. Análise estatística: Os dados coletados serão tabulados no programa Excel 2016 (Microsoft Corporation), sendo submetido então à análise descritiva e a

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.421.371

sumarização. Resultados Esperados: Estima-se que o resultado promoverá um melhor conhecimento das necessidades e demandas do público infantil atendido nas dependências da instituição, além de possibilitar uma análise do atendimento prestado e sua efetividade após este período de implantação.

Objetivo da Pesquisa:

Categorizar e quantificar os procedimentos clínicos realizados nas Clínicas Integrada da Infância I e II, do curso de Odontologia, Campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba nos primeiros quatro semestres de sua implantação na cidade de Araruna/PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora junto a Plataforma Brasil: Riscos: Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva que utiliza apenas dados secundários, não estão previstos nenhum risco aos pacientes. Benefícios: Em contrapartida, positivamente, tornará possível conhecer as necessidades e as demandas pelos tratamentos odontológicos mais necessários da população infantil ararunense.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de caráter retrospectivo, observacional e quantitativo. A população será constituída pelos prontuários clínicos dos pacientes atendidos nas Clínicas da Infância I e II do curso de Odontologia do Campus VIII da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) na cidade de Araruna/PB. A amostra será composta pelos prontuários dos pacientes que foram atendidos nos primeiros quatro semestres (2015.2, 2016.1, 2016.2 e 2017.1) de funcionamento da Clínica Escola, após a implantação destas dependências na cidade de Araruna/PB. Serão incluídas todas as fichas clínicas que apresentem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) assinado pelos responsáveis, assim como pacientes que foram submetidos à algum procedimento clínico. Os dados de interesse, presentes nos prontuários, serão coletados por meio de uma ficha de coleta de dados secundários. Este prontuário apresenta algumas divisões, inicialmente serão coletados: dados demográficos, algumas informações sobre o estado de saúde bucal inicial, como acesso à tratamentos odontológicos prévios em outras instituições ou repartições públicas e/ou particulares, se o

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.421.371

paciente veio por demanda ambulatorial ou por urgência, além da quantificação do CEO-D e/ou CPO-D das crianças ao chegarem à instituição, sendo escolhido o índice de acordo com a presença de dentes decíduos (CEO-D) ou dentição permanente (CPO-D), dados relacionados ao engajamento e colaboração do paciente em comparecer as consultas, além do tempo de tratamento. Dentro da quantificação de tempo de tratamento também serão coletadas informações relacionadas aos números de consultas, número de semestres e número de graduandos que atenderam aquele paciente em questão, a parte seguinte trata diretamente da realização de procedimentos clínicos e/ou ortodônticos, o status atual do tratamento do paciente (se ele necessita, está em tratamento ou foi finalizado) e suas quantificações, estando divididos em áreas de conhecimento da Odontologia: procedimentos de prevenção, dentística restauradora, cirurgia, endodontia, periodontia e ortodontia. Os dados presentes nos prontuários clínicos de todos os pacientes serão filtrados e repassados para a ficha coletora. A coleta de dados será realizada por um único pesquisador. Iniciando-se primeiro pelos prontuários dos pacientes que já finalizaram ou que por outro motivo não se encontram atendimento no momento, visando a otimização do processo de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1021008.pdf	31/10/2017 18:33:26		Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E**



Continuação do Parecer: 2.421.371

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMITE_ANA_MARLY_AR AUJO_MAIA_.docx	31/10/2017 18:32:23	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/10/2017 18:25:27	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DE_AUSENCIA.docx	30/10/2017 20:41:48	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_COMPROMISSO_DADOS _DE_ARQUIVO.pdf	30/10/2017 20:10:49	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONCORDANCIA_PR OJETO_DE_PESQUISA.pdf	30/10/2017 20:09:35	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_DO_PESQU ISADOR.pdf	30/10/2017 20:08:40	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITU CIONAL.pdf	30/10/2017 20:07:49	MARIA DAS GRACAS SOARES DINIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br