doi.org/10.51891/rease.v12i10.30879

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO DAS QUEIXAS, PROCEDIMENTOS E DESAFIOS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DA FACULDADE METROPOLITANA

Ana Leila Andrade de Araújo[1]
Jonas Alexandre Duarte[2]
Trinit Di Lu Soares Germano[3]

RESUMO: A saúde bucal na primeira infância é determinante para o desenvolvimento integral da criança, repercutindo sobre a alimentação, a fala, o sono, o comportamento social e a autoestima. Este trabalho teve como objetivo caracterizar os atendimentos odontológicos realizados em crianças na primeira infância na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana, identificando as principais queixas, os procedimentos realizados e os desafios enfrentados pelos profissionais. Trata-se de pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de métodos mistos (quantitativa e qualitativa), realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 23 profissionais com mais de um ano de atuação na clínica, no período de 17 de agosto a 10 de setembro de 2026. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva e os qualitativos à análise de conteúdo de Bardin (2011). A pesquisa observou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os participantes (100%) reconheceram a recorrência de queixas de cárie; dor de dente (78,3%) e cárie (65,2%) foram as queixas mais citadas; 73,9% perceberam adesão familiar parcial ou nula às orientações preventivas; e 56,5% apontaram predomínio de procedimentos curativos, apesar do consenso (100%) sobre a importância da prevenção. Os resultados confirmam as três hipóteses e evidenciam a relevância da atenção odontológica precoce, apontando caminhos para o fortalecimento das práticas preventivas na clínica, como atendimento constante e rotina de cuidados.

Palavras-chave: Saúde bucal. Primeira infância. Odontopediatria. Clínica-escola. Faculdade Metropolitana.

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal na infância constitui um dos pilares do desenvolvimento integral da criança, influenciando sua nutrição, fala, autoestima e bem-estar. Nessa fase, a formação de hábitos de higiene e o acesso precoce a ações preventivas são determinantes para evitar doenças como a cárie e a gengivite, capazes de comprometer a dentição decídua e, consequentemente, a permanente (LUCENA et al., 2020). A atenção odontológica à primeira infância representa, assim, uma conquista da odontologia, ao traduzir um novo entendimento sobre a atuação

[1]Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Metropolitana de Rondônia.
[2]Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade, Metropolitana de Rondônia.
[3]Orientadora. Especialista em Odontopediatria, Mestranda em OPNE Professora Especialista na Faculdade Metropolitana de Rondônia.

profissional, voltado a prevenir e tratar doenças bucais a partir de uma perspectiva preventivo-promocional (CURI; JAMELLI; FIGUEIREDO, 2018).

No sistema público, o atendimento odontológico é serviço estratégico para a garantia da acessibilidade. Embora inegáveis os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecem desafios para consolidá-lo como sistema universal e de qualidade (SOUZA et al., 2019). No campo da saúde bucal, o SUS impôs à odontologia brasileira o desafio de reformular um modelo até então curativo e individual, passando a priorizar a promoção da saúde, a prevenção e o cuidado contínuo e humanizado. Essa transformação estendeu-se da Atenção Básica, com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, aos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, culminando na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004 (LUCENA et al., 2020).

A relevância do tema é reforçada pelo fato de a literatura registrar mais de cem fatores de risco associados à cárie na infância, de natureza sociodemográfica, comportamental, dietética, relativa aos serviços de saúde ou a conhecimentos e crenças (ESSVEIN et al., 2019). Ademais, apenas 22,1% das crianças com menos de cinco anos já consultaram o dentista ao menos uma vez (BULGARELI, 2014), o que evidencia a necessidade de compreender como ocorre o atendimento nessa fase e quais as queixas mais comuns. Conhecer as características dos serviços e das equipes de saúde bucal é fundamental para reduzir sequelas em idades mais avançadas (BARTSCH, 2021), avaliar a efetividade das políticas voltadas à primeira infância (PRAXEDES et al., 2023) e identificar oportunidades de aprimoramento do atendimento ofertado às crianças em Porto Velho/RO.

Diante desse cenário, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: quais são as principais queixas e os procedimentos odontológicos realizados em crianças na primeira infância na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana, e quais os principais desafios enfrentados pelos profissionais durante esse atendimento? Foram estabelecidas três hipóteses: na primeira infância, as queixas de cárie dentária e de dor de dente são recorrentes no atendimento (H1); a baixa adesão das famílias às práticas preventivas, somada às limitações estruturais da clínica, configura-se como desafio central para os profissionais (H2); e os atendimentos registrados evidenciam maior enfoque em procedimentos curativos do que em ações preventivas (H3).

O objetivo geral foi caracterizar os atendimentos odontológicos realizados em crianças na primeira infância na referida clínica, identificando as principais queixas, os procedimentos

realizados e os desafios enfrentados pelos profissionais. Especificamente, buscou-se levantar a frequência dos atendimentos; identificar as principais queixas e condições de saúde bucal; caracterizar os procedimentos realizados; investigar a percepção dos profissionais sobre as dificuldades do atendimento infantil e sobre a adesão dos responsáveis às orientações preventivas; e analisar a relação entre as demandas identificadas e a necessidade de fortalecimento das ações preventivas.

A escolha da temática justifica-se pelo papel da saúde bucal na alimentação, na fala, no crescimento e na qualidade de vida infantil, sendo a cárie uma das enfermidades crônicas mais comuns da infância. Justifica-se, também, pela relevância das clínicas-escola como espaços de formação acadêmica, produção de conhecimento e prestação de serviços à comunidade, nos quais o cotidiano clínico permite analisar as práticas profissionais e as demandas mais recorrentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Saúde Bucal na Primeira Infância

A promoção da saúde bucal no Brasil fortaleceu-se com o Programa Brasil Sorridente, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e a primeira infância passou a ocupar lugar prioritário, por se tratar de uma fase, até os cinco anos, em que os avanços nos indicadores ainda são tímidos (PRAXEDES et al., 2023). A Odontopediatria tem como propósito conduzir a criança à fase adulta livre de doenças bucais, iniciando sua atuação ainda no pré-natal, com a orientação da gestante sobre alimentação adequada à formação dentária do concepto (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024).

Até o final da década de 1990, persistia a concepção equivocada de que a criança só precisaria de atenção odontológica por volta dos três anos de idade. Programas desenvolvidos no Japão, nos Estados Unidos e na Inglaterra contribuíram para rever esse conceito, deslocando o foco para a orientação dos pais desde o primeiro ano de vida. No Brasil, o atendimento precoce ao bebê era praticamente inexistente até o surgimento da Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina, em 1985. Ainda assim, a cárie na primeira infância (CPI) afeta aproximadamente 600 milhões de crianças no mundo, com carga concentrada entre grupos socialmente desfavorecidos (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024).

O cirurgião-dentista é o principal responsável pelas ações educativas e preventivas dirigidas à mãe e ao bebê; contudo, como os pais levam os filhos rotineiramente ao pediatra,

esse profissional também ocupa posição privilegiada na prevenção de doenças bucais. Na atenção primária, o cuidado deve envolver toda a equipe, cabendo à Estratégia Saúde da Família papel decisivo, articulada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024). Famílias de baixa renda, beneficiárias de programas de transferência de renda, são mais vulneráveis a problemas orais e constituem público prioritário (LUCENA et al., 2020).

A higiene bucal deve começar antes da erupção dos primeiros dentes, com a limpeza das gengivas com gaze ou fralda umedecida. A partir dos seis meses, a introdução da alimentação complementar coincide com a erupção dos decíduos, e medicamentos pediátricos, sobretudo xaropes com sacarose, elevam o risco de cárie, exigindo orientação sobre a higiene após sua administração (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024). Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatria, o fio dental deve ser usado mesmo com dentes decíduos espaçados. Esse período caracteriza-se por intenso crescimento e pela transição da dentição, etapa em que podem ocorrer lesões cariosas, hábitos deletérios e alterações oclusais (GALBATTI; GIMENEZ; MORAES, 2010).

Domingues (2021) ressalta que os primeiros anos são o momento mais adequado para introduzir práticas de higiene no núcleo familiar, embora muitos pais tenham conhecimento limitado e subestimem a relevância dos dentes decíduos. Como a cárie pode manifestar-se cedo e agravar-se com o crescimento, a odontologia infantil deve priorizar ações educativas e preventivas, tendo pais e cuidadores como protagonistas, inclusive nas unidades básicas e nas clínicas-escola (OLIVEIRA et al., 2010).

No plano legal, a Lei nº 13.257/2016, Marco Legal da Primeira Infância, estabelece diretrizes para o desenvolvimento integral nos primeiros seis anos de vida (NARVAI; FRAZÃO, 2008) e reforça o princípio da proteção integral previsto na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, atribuindo ao Estado, à família e à sociedade responsabilidade compartilhada e convocando políticas intersetoriais (MOTA et al., 2020). Entre suas medidas, destaca-se o cuidado integral à gestante no pré-natal, perinatal e pós-natal, no âmbito do SUS. Em síntese, a intervenção odontológica precoce é determinante para que a criança cresça com dentes saudáveis e para o adequado desenvolvimento do complexo craniofacial (BARTSCH, 2021).

2.2 Conceito e Características da Cárie Dentária

A cárie dentária é doença multifatorial, dinâmica e crônica, resultante do desequilíbrio entre desmineralização e remineralização dos tecidos dentários, que pode evoluir para grande destruição coronária e é determinada por fatores biológicos, psicossociais e ambientais (PRAXEDES et al., 2023), conforme ilustram as Figuras 1 e 2.

Figura 1 – Aspecto clínico do paciente com cárie severa da infância.



Fonte: Extraído de Piau et al. (2021).

Figura 2 – Aspecto clínico do paciente com cárie da infância.



Fonte: Extraído de Piau et al. (2021).

As figuras evidenciam que a cárie severa pode provocar dor, infecções, dificuldades na alimentação e comprometimento da qualidade de vida, reforçando a importância do acompanhamento desde a primeira infância, da higiene adequada, da alimentação equilibrada e da participação dos responsáveis na prevenção e no tratamento precoce.

Nos modelos clássicos de Keyes (1960), Newbrun (1978) e Braga (2008), a etiologia da doença é descrita por uma relação tetraédrica entre hospedeiro suscetível, microbiota cariogênica, substrato dietético e tempo. A doença depende da combinação entre biofilme e açúcar (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019): bactérias acidogênicas e acidúricas metabolizam carboidratos fermentáveis e produzem ácidos que reduzem o pH do biofilme e dissolvem a hidroxiapatita. Quando o esmalte perde mais minerais do que ganha, instala-se o desequilíbrio que antecede a lesão clínica (BERNARDES, 2021). A frequência de ingestão de açúcares, mais

do que a quantidade, é fator determinante, pois cada exposição desencadeia nova queda do pH (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019).

A saliva exerce papel protetor, por sua capacidade tampão, pela remineralização do esmalte, pela diluição de substratos e pela ação antimicrobiana. O flúor consolidou-se como um dos principais responsáveis pelo declínio da cárie, devendo estar presente na água de abastecimento e em dentifrícios com concentração a partir de 1.100 ppm para crianças, sob supervisão de um responsável; em lesões ativas, indica-se a aplicação profissional de flúor tópico ou verniz fluoretado (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019).

Para avaliar atividade e severidade das lesões, emprega-se o International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), com códigos de 0 a 6: 0, dente hígido; 1, alteração visível em esmalte apenas após secagem; 2, alteração visível sem secagem; 3, cavitação restrita ao esmalte; 4, sombreamento em dentina; 5, cavitação envolvendo menos de 50% da dentina; e 6, mais de 50% (MELO et al., 2021). O sistema orienta a conduta para cada estágio, da reorientação de hábitos e aplicação de flúor a procedimentos restauradores complexos.

A Cárie de Primeira Infância, antes denominada cárie precoce da infância ou cárie de mamadeira, é a presença de lesões, com ou sem cavidade, em um ou mais dentes decíduos, incluindo os restaurados ou perdidos pela doença, antes dos 71 meses de vida (BERNARDES, 2021). A antiga nomenclatura foi substituída, por recomendação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), em 1994, porque restringia a compreensão de uma doença multifatorial, não exclusivamente associada à mamadeira ou à amamentação (NORONHA, 2019). Embora seja a doença crônica mais prevalente na infância, é amplamente prevenível: higiene desde o primeiro dente, menor frequência de açúcares, uso racional do flúor, visitas regulares ao dentista e conscientização familiar aliada a políticas públicas constituem a principal estratégia de controle (MACEDO, 2014).

2.3 A Cárie na Primeira Infância

A CPI é a manifestação mais grave da doença, definida pela Declaração de Bangkok (International Association of Paediatric Dentistry – IAPD, 2019) como uma ou mais superfícies cariadas, cavitadas ou não, perdidas ou restauradas, em dente decíduo de criança menor de seis anos (MELO et al., 2021); qualquer lesão em superfície lisa em menores de três anos indica Cárie Severa da Infância (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019). No Brasil, acomete entre 5% e 20% das crianças de 12 a 36 meses, podendo causar dor à mastigação, privação do sono e, em casos

graves, subnutrição. Associa-se à presença constante de biofilme, ao consumo excessivo de sacarose e carboidratos fermentáveis e à higiene precária (MELO et al., 2021).

Sem intervenção oportuna, pode evoluir para pulpites agudas, abscessos e má oclusão, além de interferir na dentição permanente (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024), o que exige desmistificar a ideia de que a criança pequena não necessita de atendimento. Vinha (2022) compreende a cárie como disbiose: micro-organismos normalmente presentes tornam-se patogênicos quando má higiene, dieta açucarada e ausência de prevenção rompem o equilíbrio bucal. Essa compreensão favorece estratégias fundamentadas em educação em saúde, controle dietético e manutenção da microbiota saudável, em vez de intervenções meramente corretivas.

A dieta cariogênica é o maior determinante da CPI, pelo tipo de alimento, pela frequência de exposição e pela consistência do substrato. A mamadeira noturna é especialmente associada ao risco, pois a criança adormece antes da higiene, com redução do fluxo salivar e permanência prolongada do substrato (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019). Quanto à qualidade de vida — definida pela Organização Mundial da Saúde como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, em seu contexto cultural e de valores —, crianças com CPI apresentam dificuldade de alimentação, perda de sono e de apetite, dor, baixo peso e pior desempenho escolar; os familiares relatam culpa e prejuízos financeiros (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019). Por isso, ações preventivas precoces favorecem hábitos que tendem a perdurar por toda a vida (MACAMBIRA; CHAVES; COSTA, 2017; PRAXEDES et al., 2023).

2.4 Fatores de Risco e Determinantes Sociais da Cárie na Primeira Infância

A CPI decorre da interação entre fatores biológicos, comportamentais, dietéticos, socioeconômicos e de acesso aos serviços. Lopes et al. (2024) destacam a dieta rica em sacarose, a higiene deficiente, o biofilme constante, o escasso acesso a serviços de saúde bucal e a fontes adequadas de flúor, defendendo uma abordagem holística, pois o tratamento restaurador isolado não garante o controle da doença, sendo frequente a recidiva quando os fatores etiológicos permanecem inalterados.

Entre os determinantes comportamentais, sobressaem a exposição frequente a açúcares entre as refeições, a mamadeira noturna sem higienização e o desconhecimento dos responsáveis sobre açúcares ocultos em industrializados, como bolachas, salgadinhos, sucos e pães. No plano socioeconômico, baixa escolaridade materna e baixa renda associam-se a padrão

alimentar menos saudável e a menor acesso à informação preventiva (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019).

O acesso aos serviços é determinante estrutural relevante: em estudo nacional com 18.114 equipes de saúde bucal, a prevalência de atendimento a crianças de até cinco anos foi de 80,9%, ou seja, quase um quinto das equipes não atendia essa faixa etária. Associaram-se a maior oferta a existência de consultório na unidade, dois ou mais turnos clínicos, agenda compartilhada, atividades educativas e predominância de consultas agendadas. O agendamento favorece tratamentos preventivos, desmistifica a associação entre dentista e dor e permite consultas lúdicas que facilitam a cooperação infantil; já a demanda espontânea, motivada pela dor, resolve o problema imediato, mas compromete a longitudinalidade do cuidado (ESSVEIN et al., 2019).

Outro fator é o conhecimento, as atitudes e as práticas (CAP) dos cuidadores: o desconhecimento parental figura entre os principais fatores associados à instalação e à progressão da CPI (BARTSCH, 2021), e a baixa percepção de risco retarda a busca por atendimento. Como grande parte desses fatores é modificável, o enfrentamento da CPI deve ultrapassar o âmbito clínico-restaurador, incorporando dimensões sociais, educativas e de organização dos serviços (LOPES et al., 2024).

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de métodos mistos, realizada na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana (Rua das Araras, nº 241, bairro Eldorado, Porto Velho – RO, CEP 76811-678), unidade de ensino prático do curso de Odontologia que presta atendimento à comunidade, incluindo o público infantil. A pesquisa de campo fundamenta-se na observação direta de fatos e práticas em seu ambiente natural, colocando os pesquisadores em contato com o contexto clínico e com a perspectiva dos sujeitos (GIL, 2017). A abordagem quantitativa caracterizou a frequência dos atendimentos, as queixas, as condições de saúde bucal e os procedimentos; a qualitativa buscou compreender a percepção dos profissionais sobre as dificuldades do atendimento e a participação dos responsáveis na prevenção.

A população foi composta por profissionais de odontologia atuantes no atendimento infantil da clínica, selecionados por conveniência, totalizando 23 participantes. O tempo de atuação variou de 1 ano e 7 meses a 4 anos de vínculo, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes segundo o tempo de atuação na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana.

Tempo de atuação na clínica	Número de participantes (n)
2 anos	5
2 anos e 1 mês	3
2 anos e 3 meses	2
2 anos e 4 meses	1
2 anos e 6 meses	2
1 ano e 7 meses	1
1 ano e 9 meses	2
2 anos	5
3 anos	1
4 anos	1
Total	**23**

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Foram critérios de inclusão: ser profissional de odontologia atuante no atendimento infantil, possuir no mínimo um ano de atuação na clínica e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e de exclusão: não ter assinado o TCLE, ter menos de um ano de atuação ou não atender crianças. A coleta ocorreu em duas etapas: (1) mapeamento da literatura (artigos, teses, dissertações e documentos sobre o tema); e (2) entrevistas semiestruturadas com os 23 profissionais, de 17 de agosto a 10 de setembro de 2026, abordando frequência dos atendimentos, queixas, procedimentos, dificuldades no manejo infantil, participação dos responsáveis e importância das ações preventivas. O roteiro compôs-se de uma Parte 1, com questões fechadas, e de uma Parte 2, com questões abertas.

O estudo observou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) antes da coleta e seguiu a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo sigilo e confidencialidade. Os dados quantitativos foram tabulados e submetidos à estatística descritiva (frequências absoluta e relativa). As respostas abertas foram examinadas pela análise de conteúdo de Bardin (2011), conjunto de técnicas sistemáticas de descrição do conteúdo das mensagens que permite inferir conhecimentos sobre suas condições de produção, em três etapas: pré-análise, com leitura flutuante das transcrições; exploração do material, com categorização temática; e interpretação crítica à luz do referencial e dos objetivos. Por fim, os resultados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma integrada.

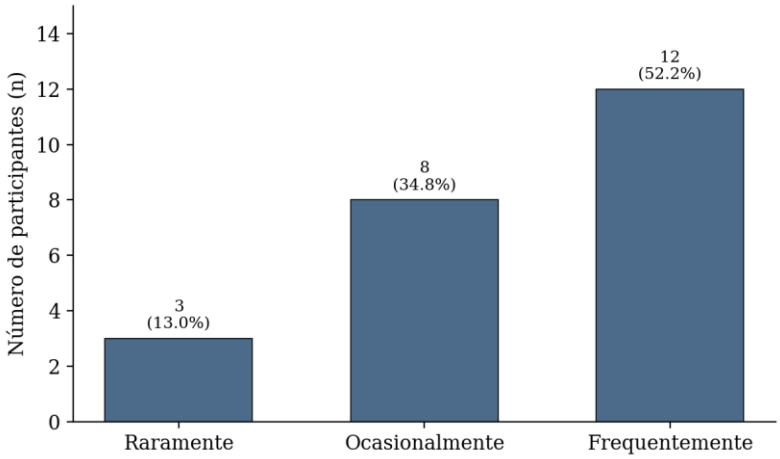
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Questões fechadas (Parte 1)

Quanto ao tempo de atuação (Quadro 1), 3 profissionais (13,0%) possuíam entre 1 ano e 7 meses e 1 ano e 9 meses de vínculo; 18 (78,3%), entre 2 anos e 2 anos e 6 meses; e 2 (8,7%), entre 3 e 4 anos. Essa variação é relevante, pois a literatura associa experiência clínica e formação continuada a melhores desfechos: cirurgiões-dentistas com maior participação em educação permanente têm probabilidade significativamente maior de atender crianças de até cinco anos (ESSVEIN et al., 2019). A convivência de profissionais em diferentes estágios pode, assim, ser desafio para a padronização das condutas e, ao mesmo tempo, oportunidade de aprendizagem coletiva, desde que haja supervisão docente qualificada e protocolos bem definidos.

Quanto à frequência dos atendimentos infantis, 12 participantes (52,2%) os classificaram como frequentes, 8 (34,8%) como ocasionais e 3 (13,0%) como raros (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Frequência dos atendimentos odontológicos realizados em crianças na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana.

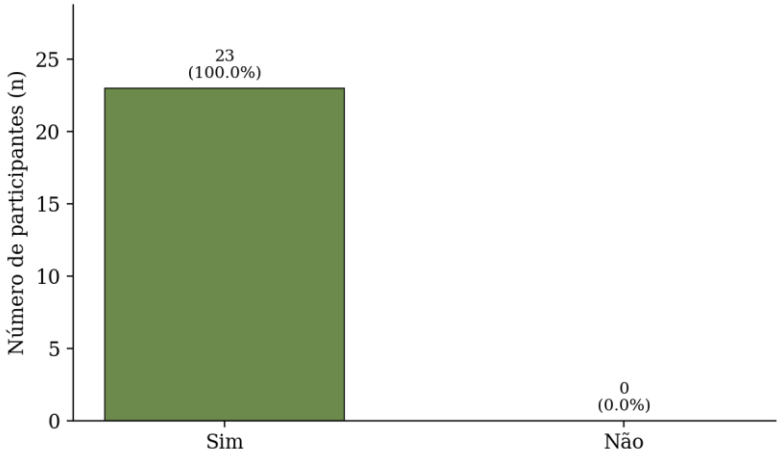


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A percepção de frequência elevada corrobora os dados segundo os quais a CPI acomete entre 5% e 20% das crianças brasileiras de 12 a 36 meses e é a doença crônica mais comum nessa fase (MELO et al., 2021), bem como a estimativa de 600 milhões de crianças afetadas no mundo (SIQUEIRA; ALENCAR; ARAUJO, 2024), o que indica que a alta demanda percebida não é particularidade local, mas reflexo de um problema de saúde pública de alcance nacional e internacional.

Questionados sobre a recorrência de queixas relacionadas à cárie, todos os participantes (n = 23; 100%) responderam afirmativamente (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Recorrência de queixas relacionadas à cárie dentária nos atendimentos infantis.

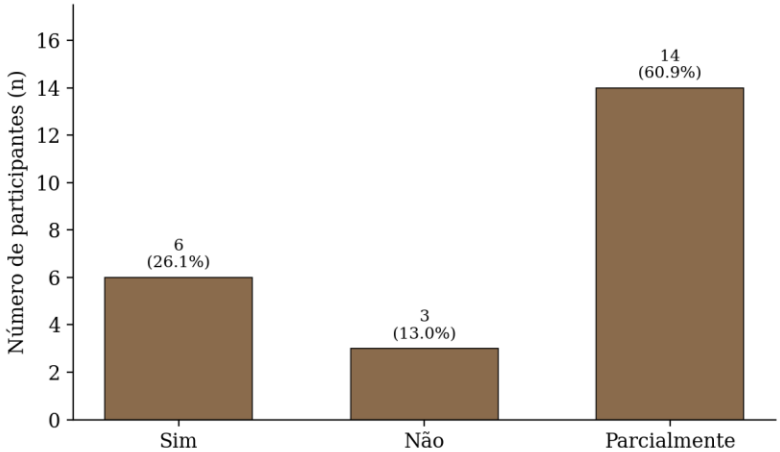


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A unanimidade reforça de maneira contundente a H1. O achado converge com Dias, Ferreira e Almeida (2019), para quem a cárie é a condição que mais afeta negativamente a qualidade de vida na primeira infância, provocando dor, dificuldade de mastigação, de ingestão de líquidos e de sono, além de alterações no comportamento escolar e social. Alinha-se, ainda, a Melo et al. (2021), que classificam a CPI como doença oportunista, aguda e de progressão rápida, o que reflete a urgência do diagnóstico precoce.

Quanto à adesão das famílias às orientações preventivas, apenas 6 participantes (26,1%) a consideraram plena, 14 (60,9%) apontaram adesão parcial e 3 (13,0%), ausência de adesão (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Percepção dos profissionais quanto à adesão das famílias às orientações preventivas de saúde bucal.

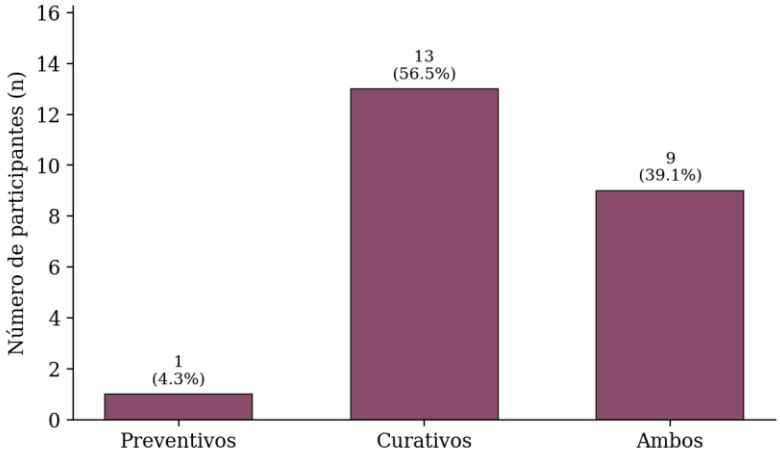


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

O resultado sustenta a H2, pois as categorias “parcialmente” e “não” somam 73,9% das respostas. Dias, Ferreira e Almeida (2019) associam a baixa escolaridade materna e a renda reduzida a padrões alimentares menos saudáveis e a menor acesso à informação preventiva, e Lopes et al. (2024) destacam a recidiva das lesões quando a família não se apropria das orientações de higiene e dieta, o que reforça a necessidade de estratégias educativas continuadas, e não pontuais, junto aos responsáveis.

Por fim, quanto ao tipo de atendimento predominante, 13 participantes (56,5%) identificaram predominância de procedimentos curativos, 9 (39,1%) relataram equilíbrio entre ações preventivas e curativas e apenas 1 (4,3%) apontou predominância preventiva (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Predominância do tipo de atendimento odontológico realizado em crianças.



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Esse resultado confirma a H3 e representa, talvez, o achado mais preocupante do estudo, já que a literatura defende a inversão dessa lógica: a atenção à primeira infância é uma conquista justamente por traduzir a passagem de uma prática curativa para uma perspectiva preventivo-promocional (CURI; JAMELLI; FIGUEIREDO, 2018), e a odontopediatria contemporânea deve voltar-se ao processo saúde-doença e ao atendimento precoce (ESSVEIN et al., 2019). O descompasso entre a prática da clínica e esse modelo pode relacionar-se à alta demanda espontânea motivada por dor e lesões já instaladas e à limitada adesão familiar evidenciada no Gráfico 3.

Em conjunto, os indicadores da Parte 1 mostram que o perfil de atendimento na clínica reproduz o cenário nacional descrito na literatura: alta prevalência de queixas de cárie,

frequência elevada de atendimentos, adesão familiar predominantemente parcial e prática clínica ainda orientada à resolução curativa de lesões instaladas.

4.2 Questões abertas (Parte 2)

Os relatos dos 23 profissionais foram categorizados segundo Bardin (2011). Como cada participante pôde mencionar mais de uma categoria, o somatório das frequências do Quadro 2 supera o total de participantes.

Quadro 2 – Categorização temática das respostas às questões abertas do roteiro de entrevista semiestruturada (n = 23).

Questão	Categoria temática	Nº de participantes	%
6. Principais queixas apresentadas pelas crianças ou responsáveis	Dor de dente / dor ao mastigar	18	78,3%
	Cárie dentária / lesões cariosas	15	65,2%
	Traumatismo dentário / dente quebrado	6	26,1%
	Dificuldade de higienização bucal	4	17,4%
	Sensibilidade dentária / alterações gengivais	3	13,0%
7. Desafios enfrentados no atendimento odontológico infantil	Medo e ansiedade da criança	16	69,6%
	Falta de colaboração da criança e/ou dos responsáveis	9	39,1%
	Dificuldade de manejo comportamental / resistência ao tratamento	8	34,8%
	Trauma odontológico prévio	4	17,4%
	Dificuldade de diálogo e comunicação com a família	3	13,0%
8. Importância das ações preventivas no atendimento infantil	Extremamente/muito importante (consenso)	23	100,0%
	Prevenção da cárie e de outras doenças bucais	12	52,2%
	Orientação sobre higiene bucal e escovação	9	39,1%
	Redução da necessidade de tratamentos invasivos	5	21,7%
9. Existência de programa institucional de ações preventivas em escolas	Sim	17	73,9%
	Não / não sei informar	6	26,1%
10. Sugestões de melhoria no atendimento à primeira infância	Mais orientação/educação aos pais e responsáveis	11	47,8%
	Ampliação das ações preventivas e educativas	9	39,1%
	Melhoria do manejo comportamental e do acolhimento	5	21,7%
	Aumento da frequência de atendimentos/consultas	4	17,4%
	Nenhuma sugestão (“nada”)	3	13,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Na questão 6, dor de dente (78,3%) e cárie (65,2%) foram as queixas mais citadas, corroborando a Parte 1 (100% de reconhecimento da recorrência da cárie) e a literatura, segundo a qual a CPI provoca dor, dificuldade de mastigação e impacto direto sobre o comportamento e a qualidade de vida (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019). O traumatismo dentário (26,1%),

embora fora do foco central do estudo, sinaliza que a clínica-escola também deve estar preparada para urgências odontológicas infantis.

Na questão 7, o medo e a ansiedade da criança (69,6%) foram o desafio mais relatado, seguidos pela falta de colaboração (39,1%) e pela dificuldade de manejo comportamental (34,8%). O achado dialoga com o relato de caso de Melo et al. (2021), em que o comportamento aversivo do paciente impossibilitou procedimentos restauradores convencionais, levando à opção por condutas minimamente invasivas, como agentes cariostáticos. O comportamento infantil não é, portanto, variável secundária, mas fator determinante do plano de tratamento, exigindo domínio de técnicas de manejo como o dizer-mostrar-fazer (tell-show-do) e o reforço positivo.

Na questão 8, houve consenso absoluto (100%) sobre a relevância das ações preventivas, reproduzindo na prática investigada a defesa teórica do deslocamento para a perspectiva preventivo-promocional (CURI; JAMELLI; FIGUEIREDO, 2018; ESSVEIN et al., 2019). Chama atenção, contudo, o contraste com a Parte 1, em que 56,5% perceberam predominância curativa na prática cotidiana — um descompasso entre discurso e prática possivelmente explicado pela alta demanda espontânea motivada por dor.

Na questão 9, 73,9% reconheceram a existência de programas institucionais de promoção da saúde bucal em escolas e comunidades, o que sugere que a clínica já desenvolve, ainda que de forma incipiente, ações alinhadas à Estratégia Saúde da Família e à Política Nacional de Saúde Bucal. Na questão 10, as sugestões mais recorrentes foram mais orientação e educação aos pais e responsáveis (47,8%) e ampliação das ações preventivas e educativas (39,1%), em convergência com a H2 e com autores que atribuem à orientação familiar papel central no controle da CPI (DIAS; FERREIRA; ALMEIDA, 2019) e alertam para a recidiva quando o tratamento restaurador não é acompanhado do engajamento da família (LOPES et al., 2024).

4.3 Síntese integrada dos resultados

Os resultados quantitativos e qualitativos convergem e se complementam. A Parte 1 evidenciou, de forma objetiva, a alta prevalência de queixas de cárie (100%), a adesão predominantemente parcial das famílias (60,9%) e a predominância de procedimentos curativos (56,5%). A Parte 2 revelou os motivos subjacentes a esses números: dor e cárie são as queixas centrais; medo e falta de colaboração da criança e da família são os principais obstáculos; e, apesar do reconhecimento unânime da prevenção, ela ainda não se traduz, na mesma proporção, em prática assistencial predominante.

Os achados confirmam as três hipóteses e reforçam a necessidade de investir, na clínica, em educação em saúde bucal voltada às famílias, em protocolos que priorizem o diagnóstico precoce e a intervenção minimamente invasiva e em capacitação continuada dos profissionais, alinhadas às recomendações de organização do trabalho de Essvein et al. (2019), aproximando a prática assistencial do modelo preventivo-promocional preconizado pelas políticas públicas. A integração entre profissionais, responsáveis e serviços mostra-se essencial para reduzir a cárie e, consequentemente, a necessidade de intervenções curativas.

5 CONCLUSÃO

O estudo buscou compreender quais são as principais queixas e os procedimentos realizados em crianças na primeira infância na Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana e os principais desafios enfrentados pelos profissionais. Considera-se que o objetivo geral foi alcançado, pois os dados permitiram caracterizar os principais aspectos da assistência prestada a esse público.

As três hipóteses foram confirmadas. A cárie e a dor de dente foram reconhecidas como queixas recorrentes pela totalidade dos 23 participantes e reiteradas nas questões abertas, permanecendo como importante demanda clínica e motivo frequente de procura pelo atendimento. Confirmou-se também a baixa adesão das famílias às práticas preventivas: pouco mais de um quarto dos profissionais percebeu adesão plena, e o fortalecimento da orientação familiar figurou entre as principais sugestões de melhoria. Por fim, na percepção dos participantes, a prática cotidiana ainda privilegia o tratamento de alterações já instaladas, em contraste com o reconhecimento unânime da importância da prevenção.

Evidencia-se, assim, uma distância entre o reconhecimento da prevenção e sua efetiva predominância na prática, aspecto que merece atenção diante do papel da clínica-escola na formação profissional, na assistência à comunidade e na promoção da saúde. Persistem desafios comportamentais e assistenciais — medo e ansiedade infantis, dificuldades de colaboração e adesão limitada das famílias — que interferem tanto no atendimento quanto na continuidade dos cuidados no ambiente familiar.

Recomenda-se o fortalecimento das ações educativas dirigidas às famílias, a qualificação continuada dos profissionais em manejo comportamental infantil e a valorização do diagnóstico precoce, das práticas preventivas e, quando indicadas, das intervenções minimamente invasivas. A articulação entre profissionais, instituição e famílias apresenta-se como caminho

para aprimorar a assistência e promover melhores condições de saúde bucal e qualidade de vida às crianças atendidas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

DIAS, T. K. S.; FERREIRA, G. C.; ALMEIDA, L. H. S. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S3, p. 192-201, jan./mar. 2019.

ESSVEIN, G.; BAUMGARTEN, A.; RECH, R. S.; HILGERT, J. B.; NEVES, M. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 1-17, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000054. Acesso em: 06 out. 2026.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LOPES, A. O.; IONTA, F. Q.; HONÓRIO, D. R.; HORTA, H. de F.; MATEUS, A. R.; ANTONIALI, C. Cárie na primeira infância: diagnóstico, fatores de risco e meios de intervenção. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 53, n. Especial, p. 326, 2024.

MACAMBIRA, D. S. C.; CHAVES, E. S.; COSTA, E. C. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 463-472, 2017.

MELO, M. V. R. de; MARTINS, R. L.; LIMA JÚNIOR, J. P.; PERUCHI, C. M.; PIAU, C. G. B. de C. Cárie na primeira infância: um grande desafio da odontopediatria. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 30, n. 89, p. 260-272, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36065/robrac.v30i89.143. Acesso em: 10 out. 2026.

MOTA, K. R. et al. Políticas públicas de saúde bucal para crianças: perspectiva histórica, estado da arte e desafios futuros. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e3529119869, 2020.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NORONHA, J. C. et al. Saúde bucal na infância e adolescência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 29, n. Supl. 13, p. S86-S90, 2019.

PRAXEDES, R. C. S.; GUBERT, F. do A.; SOUSA, G. de B. et al. Saúde bucal na infância: construção e validação de instrumento sobre conhecimento, atitude e prática de cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2203-2214, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.07042023. Acesso em: 06 out. 2026.

SILVA JUNIOR, C. L. **Cuidados em saúde bucal na primeira infância**: uma revisão de literatura. 2023. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Cirurgião-Dentista) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, 2023. Disponível em: https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriotcc/article/view/3983/3011. Acesso em: 10 out. 2026.

SIQUEIRA, P. E. P.; ALENCAR, Y. M.; ARAUJO, T. A. R. Primeiros cuidados com a saúde bucal e a odontopediatria: revisão de literatura. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 5, n. 5, p. e555207, 2024. Disponível em: https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5207. Acesso em: 10 out. 2026.