

**ANOMALIAS DENTÁRIAS EM INDIVÍDUOS COM FISSURA PÓS-FORAME/
DENTAL ANOMALIES IN CLEFT PALATE PATIENTS**

ISABELA NUNES DE SÁ ALMEIDA SANTANA¹; CAMILA BENJAMIM MENEZES²; MARIA CLARA TAVARES PEREIRA MONTENEGRO³; MARIA CLARA SOUTO MAIOR DE MELO⁴; MANOELA ALMEIDA SANTOS DA FIGUEIRA⁵; JULIA PETRUCCELLI ROSAR⁶; RENATA CRISTINA DE CARVALHO B. OLIVEIRA A. FIGUEIRA⁷

Isabela Nunes de Sá Almeida Santana¹

<https://orcid.org/0009-0003-3058-8554>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: isabelansass@gmail.com

Camila Benjamim Menezes²

<https://orcid.org/0009-0007-6796-3695>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: camilabenjamim@live.com

Maria Clara Tavares Pereira Montenegro³

<https://orcid.org/0009-0008-1363-3989>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: mariaclaratpereiramontenegro@gmail.com

Maria Clara Souto Maior de Melo⁴

<https://orcid.org/0009-0009-3238-5455>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: mariaclarassmmelo@gmail.com

Maria Dulce Cruz da Silva⁵

<https://orcid.org/0009-0004-8949-6758>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: dulce10@hotmail.com.br

Camilla de Freitas Góis⁶

<https://orcid.org/0009-0000-8245-8709>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: camillagois733@gmail.com

Maria Eduarda Alves de Melo⁷

<https://orcid.org/0009-0004-6790-6277>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: eduardalvesm@gmail.com

Manoela Almeida Santos da Figueira⁸

<https://orcid.org/0000-0002-7963-1264>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: mf@fps.edu.br

Julia Petruccelli Rosar⁹

<https://orcid.org/0000-0002-1586-4181>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: julia.rosar@fps.edu.br

Renata Cristina de Carvalho B. Oliveira A. Figueira¹⁰

<https://orcid.org/0000-0002-2424-5374>

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Recife, Pernambuco, Brasil

Email: renata.figueira@fps.edu.br

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de anomalias dentárias em indivíduos com fissura pós-forame atendidos no Setor de Ortodontia do Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** estudo transversal descritivo realizado com dados secundários obtidos dos prontuários dos indivíduos. Os dados relativos às variáveis gênero, estado de residência, tipos de anomalias dentárias e tipo de fissura pós-forame, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), foram coletados no software Microsoft Excel Office 2019 para construção do banco de dados e a análise estatística foi composta pelo teste qui-quadrado (χ^2). Foram analisadas as fichas de ortodontia quanto ao CID, em seguida aplicados os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** A amostra consistiu em 116 indivíduos. Observou-se a prevalência de fissura pós-forame em mulheres (61,2%) comparado a homens (38,7%), sendo o CID mais recorrente a fissura pós-forame completa (Q35.5). A investigação das anomalias dentárias indicou que 29,3% da apresentou alguma forma de anomalia dentária, sendo a agenesia o tipo prevalente. **Conclusão:** Este estudo identificou uma prevalência significativa de anomalias dentárias em indivíduos com fissura pós-forame, com maior incidência no sexo feminino e a fissura pós forame completa sendo o tipo de fissura mais frequente. O achado de que 29,3% dos pacientes apresentaram anomalias dentárias, especialmente a agenesia, destaca a importância de um acompanhamento clínico contínuo e multidisciplinar para uma adequada reabilitação destes indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Fenda Palatina, Anormalidades Dentárias, Anodontia.

KEY WORDS: Cleft Palate, Tooth Abnormalities, Anodontia.

INTRODUÇÃO

As fissuras de lábio e/ou palato são malformações craniofaciais que podem acarretar em alterações físicas, emocionais e psicossociais [1], com acometimento estimado entre 0,5 a 2 casos a cada mil nascidos vivos a nível mundial [2]. A prevalência estimada no Brasil é de um caso a cada 650 nascidos vivos, com aproximadamente 260.980 pessoas com fissuras de lábio e/ou palato no país [3]. Estas anomalias são congênitas e ocasionadas por deficiências no processo de fusão entre estruturas embrionárias no período entre a quarta e oitava semana de vida intrauterina [4, 5].

A origem desta malformação é complexa, podendo ocorrer de forma isolada, mais frequente, ou de forma sindrômica, mais rara. Apesar de sua etiologia ser de difícil caracterização, diversos fatores genéticos e ambientais são objeto de estudos, mediante a combinação entre epidemiologia, estudos de genoma e análise de modelos animais [6]. Nos casos das fissuras isoladas, essa etiologia multifatorial manifesta-se pela interação entre genes identificados e fatores ambientais [6]. Dentre os principais fatores etiológicos ambientais das fissuras estão o tabagismo, a ingestão de bebidas alcoólicas, as deficiências vitamínicas e o uso de drogas anticonvulsivantes. Além disso, especula-se que o estresse, as medicações benzodiazepínicas, as doenças virais agudas ou a febre relacionada a elas, a radiação ionizante e certos produtos químicos possam elevar o risco de fissuras [6]. Tal anomalia apresenta grande impacto na saúde e na integração social do indivíduo, pois promove repercussões na fala, deglutição, audição, estética, entre outras [7].

As fissuras pós-forame ou fissuras de palato são localizadas posteriormente ao forame incisivo e podem apresentar extensão variável, desde uma pequena fissura na úvula, uma fissura restrita ao palato mole, ou, na sua forma mais comum, acometendo tanto palato duro quanto palato mole [8]. Nestes indivíduos, a estrutura do lábio e do rebordo alveolar encontram-se intactas, mas geralmente existem sequelas funcionais graves no funcionamento do mecanismo velofaríngeo e na trompa auditiva [9]. O processo de reabilitação destes indivíduos requer um acompanhamento longo, demandando uma equipe multidisciplinar e diferentes procedimentos cirúrgicos, com objetivo de recuperar as condições funcionais, promover transformações na autoestima e nos relacionamentos interpessoais [10]. Os protocolos clínicos mais recentes preconizam que crianças com fissura de palato sejam submetidas a palatoplastia, cirurgia de fechamento do palato, entre o nono e o décimo segundo mês de vida [11].

No início do período embrionário, da oitava à décima segunda semana intrauterina, ocorre o desenvolvimento da fissura de forma simultânea ao processo de formação dos dentes [12], o que faz com que indivíduos com esta condição apresentem maior prevalência de anomalias dentária [13, 14, 15, 16], definidas como alterações na estrutura dos dentes ocorridas durante a odontogênese, relacionadas a fatores genéticos, ambientais ou pela interação destes dois fatores. Estas condições podem envolver variações dentárias de número, como a hipodontia e a hiperdontia; tamanho, como a microdontia e a macrodontia; forma, como geminação, fusão, dente invaginado, taurodontia, hipercementose, dilaceração e esmalte ectópico; e de estrutura, onde encontramos a amelogênese imperfeita, displasia dentinária e dentinogênese imperfeita [17, 18, 19].

A elevada prevalência de anomalias dentárias em indivíduos com fissura de lábio e palato [20] é compreendida pelo trajeto de fissura pelo rebordo alveolar, local onde localizam-se os germes dentários. Contudo, observa-se uma frequência também elevada destas anomalias em indivíduos com fissura de palato, os quais apresentam a estrutura do rebordo alveolar íntegra. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de anomalias dentárias em indivíduos com fissura pós-forame.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado a partir de dados secundários obtidos dos prontuários dos pacientes assistidos no Setor de Ortodontia do Centro de Atenção aos Defeitos da Face (CADEFI) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife, Pernambuco. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP (protocolo 79467524.4.0000.5201). Os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram aplicados nos pacientes que compareceram ao setor para atendimento durante o período da coleta. Para os demais pacientes foi realizado contato telefônico e envio do TCLE via e-mail. Para os pacientes que não responderam ao contato por telefone, foi solicitada a dispensa do TCLE.

A amostra do estudo foi constituída pelos prontuários de pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Ortodontia do CADEFI no período de março de 2002 a outubro de 2022. Os critérios de inclusão foram: indivíduos a partir de 8 anos de idade com fissura pós-forame. Os critérios de exclusão foram: indivíduos sem fissura de palato, ou que apresentassem fissura de palato associada à de lábio; indivíduos com fissura associada a síndromes; prontuários incompletos, rasurados ou em mau estado de conservação, que impossibilitasse a identificação dos dados a serem analisados. As variáveis extraídas dos prontuários foram: data de nascimento, sexo, tipo de fissura e data dos exames radiográficos presentes no prontuário.

Os exames radiográficos foram avaliados e selecionadas as radiografias panorâmicas e periapicais presentes, por permitirem uma melhor visualização tanto dos dentes intra-ósseos quanto dos presentes na cavidade oral no momento do exame. As radiografias foram dispostas sobre um negatoscópio de luz fixa e avaliadas quanto à existência de anomalias dentárias de forma, tamanho ou número por uma cirurgiã-dentista com experiência em radiologia.

Os dados relativos às variáveis foram coletados no software Microsoft Excel Office 2019 para construção do banco de dados. Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com a realização de teste de distribuição de normalidade para caracterizar a amostra. O software utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package For Social Science).

RESULTADOS

Foram analisadas 1404 fichas de ortodontia de indivíduos inscritos no Setor de Ortodontia do CADEFI-IMIP. Destes, 198 (14,1%) apresentavam fissura pós-forame. Quatro indivíduos foram excluídos por haver associação da fissura com síndromes e 78 por apresentarem prontuários incompletos ou documentação radiográfica inadequada para a análise da pesquisa. Sendo assim, o número de indivíduos da amostra foi de 116.

Na análise descritiva foi observado que 92,2% dos pacientes atendidos são do estado de Pernambuco e 7,7% são de outros estados do país (Tabela I). Quanto à prevalência de fissuras pós-forame, esta foi superior nas mulheres (61,2%) do que nos homens (38,7%) (Tabela I). Quanto à prevalência dos tipos de fissura de acordo com o CID (Classificação Internacional de Doenças), a mais frequente foi a fissura pós-forame completa – Q35.5 (54,3%), seguida da fissura pós-forame incompleta – Q35.3 (39,6%), fissura palatina não especificada – Q35.9 (3,4%), fissura do palato duro – Q35.1 (1,7%) e fissura de úvula – Q35.7 (0,8%) (Tabela I).

Quanto à prevalência de anomalias dentárias, a Tabela II indica que a maior parte da amostra não apresentou anormalidades (70,6%). Dentre os indivíduos com alterações, a Figura 1 ilustra a distribuição dos tipos e a agenesia mostrou-se mais frequente em ambos os sexos.

A Tabela III relaciona os CIDs das fissuras pós-forame com cada anomalia dentária e apresenta agenesia como a anomalia mais prevalente entre os CIDs (23,2%), seguido por supranumerário (2,5%), dente conóide (1,7%) e microdente (0,8%).

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi constituída em sua maioria por mulheres (61,2%), assim como o estudo de Baroneza et al. (2005) [5] e Cymrot et al. (2010) [21], que observou que a população de indivíduos com fissura pós-forame é predominantemente feminina, indo em contrapartida às demais fissuras envolvendo lábio e rebordo alveolar, às quais se destacam a prevalência masculina. Uma possível justificativa para esta maior prevalência em indivíduos do gênero feminino é a diferença no período de fusão embrionária do palato: o fusionamento dos processos palatinos em embriões masculinos ocorre de forma precoce em relação aos femininos. O impacto disto é uma maior janela de exposição a possíveis fatores teratogênicos ambientais, potencializando o risco de desenvolvimento desta fissura em embriões femininos [22].

Nos pacientes avaliados, a fissura de palato era restrita à essa região, sem comprometimento do rebordo alveolar e, conseqüentemente sem o envolvimento direto da fissura com os dentes. O percentual de indivíduos da amostra com anomalias dentárias foi de 29,3%, e, dentre estas, houve maior prevalência de agenesia (Tabela II e Figura 1), assim como analisado por Neves et al. (2002) [4] em pacientes com fissura de lábio e palato. Em comparação com o estudo de Cas (2017) [23], nota-se que este observou um índice maior de anomalias em pacientes com fissura (27,8%) quando comparados aos indivíduos sem fissura (18,3%) em dentes permanentes, evidenciando o impacto da deficiência da fusão dos processos embrionários e demais aspectos etiológicos das fissuras e das malformações dentárias.

Quanto aos tipos de fissura pós-forame, a mais observada neste estudo em ambos os sexos foi a fissura pós-forame completa – CID Q35.5 (54,31%), seguida da fissura pós-forame incompleta - CID Q35.3 (39,6%) (Tabela I), em concordância com o estudo de Cymrot et al (2010) [21], e apresentando resultado diferente do estudo de Vendramyn et al (2017) [24], que observou uma maior prevalência das fissuras pós-forame incompletas (22%).

A ocorrência de falhas no processo de fusão entre as maxilas durante o período embrionário pode impactar na odontogênese [6, 25]. Além deste, outro fator etiológico local para a ausência de elementos fora da área da fissura é a palatoplastia (cirurgia de fechamento de palato duro realizada nos primeiros anos de vida), pois esta percorre regiões relativas à posição dos germes dos pré-molares. Em relação à hipodontia,

microdentes ou dentes conóides, estes podem estar relacionados à deficiência de massa mesenquimal na área da fissura. A respeito dos supranumerários, estudos apontam esta como a segunda anomalia mais frequente entre pacientes com fissura, sendo os incisivos laterais os dentes mais acometidos. Esse fato se justifica devido sua origem ocorrer parcialmente no processo nasal medial e no processo maxilar [6, 25].

A reabilitação funcional e estética deve nortear as condutas clínicas destes pacientes, e as anomalias dentárias podem representar grandes desafios para a equipe reabilitadora. Nos casos de anomalias de número, como a agenesia, existe a possibilidade de manter o espaço da ausência para uma futura instalação de implante dentário ou o fechamento ortodôntico por meio da movimentação de dentes adjacentes à ausência [26]. Já em casos de dentes supranumerários, a conduta mais comum é a exodontia destes com a manutenção do dente com melhor prognóstico [6]. Para as anomalias de forma, como os dentes conóides e microdentes, as opções com bom resultado estético e funcional vão desde restaurações e facetas em resina composta até coroas de porcelana ou laminados cerâmicos.

Uma limitação deste estudo foi a falta de um grupo controle de pacientes sem fissura para realização de análise comparativa quanto à prevalência de anomalias dentárias.

Futuros estudos sobre a etiologia das fissuras e o desenvolvimento dentário ajudarão a elucidar os mecanismos de interação entre o fusionalamento de processos embrionários e o processo de odontogênese. A identificação precoce da presença de anomalias dentárias pode propiciar à equipe multidisciplinar a possibilidade de planejamentos mais assertivos quanto à conduta clínica para com estes indivíduos.

CONCLUSÃO

Com base na coleta de dados dos indivíduos atendidos no Setor de Ortodontia do CADEFI - IMIP conclui-se que a presença da fissura pós-forame pode vir acompanhada por alterações dentárias. Isso significa que, mesmo sem que a fissura acometa o rebordo alveolar, estes pacientes podem apresentar anomalias dentárias e que, dentre estas, a agenesia dentária foi a mais prevalente.

Futuros estudos podem realizar comparações entre a prevalência das anomalias dentárias nos diferentes níveis de acometimento da fissura (pré-forame, transforame e pós-forame), bem como identificar o desfecho do tratamento destes indivíduos quanto à estas anomalias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorde LB, et al. *Genética Médica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
2. Tanikawa D, Alonso N. Fissuras Labio Palatais. In: Gemperli R, Munhoz AM, Marques Neto AZ. *Fundamentos da cirurgia plástica*. Rio de Janeiro (RJ): Thieme; 2015. Cap. 12.
3. Biazon J, Peniche ACG. Estudo retrospectivo das complicações pós-operatórias em cirurgia primária de lábio e palato. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2008;42(3):519-25.
4. Neves ACC, et al. Anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão de literatura. *Rev Biociência*. 2002;8(2):75-81.
5. Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, v. 27, n. 1, p. 31-35, 2005
6. Garib DG, Silva Filho OGD, Janson GRP, Pinto JHN. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) - fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortodontia Dental Press*. 2010;9(4):30-6.
7. Monlleó IL, Gil-da-Silva-Lopes VL. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):913-22.
8. Kudo AM, et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1997.
9. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ S Paulo*. 1972;27(1):5-6.
10. Veronez FS, Tavano LA. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Cienc Saude*. 2005;12(3):133-7.
11. Tuji FM, Bragança TA, Rodrigues CF, Pinto DVS. Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. *Rev Para Med*. 2009;23(2)
12. Silva LHC, Amaral BPA, Silva JPP. Labiopalatin fissure: literary review. 2021 mar, 9(1): 58-7.

13. Stahl F, Grabowski R, Wigger K. Epidemiology of Hoffmeister's "genetically determined predisposition to disturbed development of the dentition" in patients with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(4):457-65. doi:10.1597/04-156.1.
14. Tannure PN, Oliveira CAG, Maia LC, Vieira AR, Granjeiro JM, de Castro Costa M. Prevalence of dental anomalies in nonsyndromic individuals with cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012.
15. Paranaíba LMR, Coletta RD, Swerts MSO, Quintino RP, Barros LM, Martelli-Júnior H. Prevalence of dental anomalies in patients with nonsyndromic cleft lip and/or palate in a Brazilian population. *Cleft Palate Craniofac J.* 2013;50(4):400-5.
16. Sá J, Mariano LC, Canguçu D, Coutinho TSL, Hoshi R, Medrado AP, et al. Dental anomalies in a Brazilian cleft population. *Cleft Palate Craniofac J.* 2016;53(6).
17. Neville BW, et al. *Patologia oral e maxilofacial.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 912 p.
18. Bilge NH, et al. Investigation of prevalence of dental anomalies by using digital panoramic radiographs. *Folia Morphol.* 2018;77(2):323-8.
19. Martins Neto RS, et al. Prevalência de anomalias dentárias em radiografias panorâmicas. *Arch Health Investig.* 2019;8(2):68-73.
20. Pereira AC, Nishiyama CK, Pinto LC. Anomalias dentárias em indivíduos com fissura transforame incisivo unilateral e o tratamento endodôntico. *RFO UPF.* 2013;18(3). Passo Fundo Set-Dez.
21. Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira ZSB, Cunha Filho JF, Oliveira NH. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Cir Plástica.* 2010;25(4):648-51.
22. Polanski JF, Kliemann BS, Freyhardt E, Tonocchi RC, Freitas RS. Estudo da prevalência das variedades morfológicas de fissuras labiopalatinas em um centro médico terciário. *Rev Bras Cir Plást.* 2020;35(4):389-93. Curitiba, PR.
23. Cas NV. Prevalência de anomalias dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas na região de Cascavel, PR. *Rev Odonto Ciênc.* 2002;17(35):49-56. jan-mar.
24. Vendramyn AV, Steinkirch CL, Czarnobay GT, Rebello MGRM, Ton WS, Gamborgi MA, Nishihara R. Perfil epidemiológico da criança e do adolescente

- com fissura oral atendidos em um centro de referência em Curitiba, PR, Brasil. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(3):321-7. Curitiba, PR.
25. López DAS. Anomalias dentárias e associações na fissura labiopalatina unilateral. Bauru, SP; 2013.
26. Cordeiro, W. A., Cavalcante, E. L. F., Pereira, A. de L., Silva, T. A. da, Silva Neto, A. A., Santos, L. G., Fonseca, T. S. da, & Oliveira, N. C. da S. de. (2023). Agenesia Dental e seu manejo em pacientes pediátricos: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 1731–1748.

Tabela I – Análise descritiva da amostra quanto ao gênero, estado de residência e tipo de fissura pós-forame de acordo com a Classificação Internacional de Doenças

Variável	N	%
TOTAL	116	100
Sexo		
Feminino	71	61,2
Masculino	45	38,7
Estado de residência		
Pernambuco	107	92,2
Outros estados	9	7,76
CID		
Q35.1 - Fissura do palato duro	2	1,72
Q35.3 - Fissura pós-forame incompleta	46	39,6
Q35.5 - Fissura pós-forame completa	63	54,3
Q35.7 - Fissura de úvula	1	0,8
Q35.9 - Fissura palatina não identificada	4	3,4

Tabela II – Distribuição das anomalias dentárias

Anomalias	Sexo				Total	<i>p</i>
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%		
Sem anomalias	47	66,2	35	77,8	82	70,7
Com anomalias	24	33,8	10	22,2	34	29,3
TOTAL	71	61,2	45	38,9	116	100,0

Figura 1. Tipos de anomalias em indivíduos com fissura pós-forame atendidos em centro de referência regional.

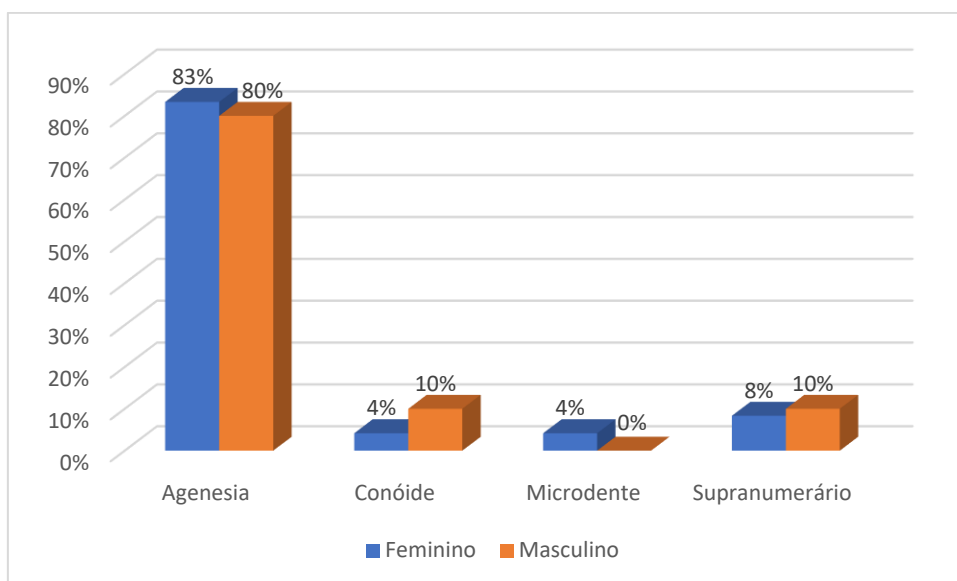


Tabela III – Tipos de anomalias dentárias e tipos

		Tipo de fissura (CIDs)					
Anomalias		Q35.1	Q35.3	Q35.5	Q35.7	Q35.9	Total
	N	(2)	(46)	(63)	(1)	(4)	(116)
Agenesia	N	1	12	14	0	0	27
	% em linha	50,0	26,1	22,2	0,0	0,0	23,2
	% em coluna	3,7	44,4	51,9	0,0	0,0	100,0
Conóide	N	0	0	1	0	1	2
	% em linha	0,0	0,0	1,6	0,0	25,0	1,7
	% em coluna	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0
Microdente	N	0	0	0	0	1	1
	% em linha	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,8
	% em coluna	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Supranumerário	N	0	2	1	0	0	3
	% em linha	0,0	4,3	1,6	0,0	0,0	2,5
	% em coluna	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0
Não possui anomalia	N	1	32	47	1	2	83
	% em linha	50,0	69,6	74,6	100,0	50,0	71,5
	% em coluna	1,2	38,5	56,6	1,2	2,4	100,0
Total	N	2	46	63	1	4	116
	% em linha	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% em coluna	1,7	39,7	54,3	0,9	3,4	100,0

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 RUtinely-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, MSc, 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>

Link das orientações: <https://www.scielo.br/journal/pboci/about/>