

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LÊDA APARECIDA LIBÂNIO DA ROCHA

**TRAUMATISMO NA DENTIÇÃO DECÍDUA: uma
revisão da literatura**

**PATOS DE MINAS
2013**

LÊDA APARECIDA LIBÂNIO DA ROCHA

**TRAUMATISMO NA DENTIÇÃO DECÍDUA: uma
revisão da literatura**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial de avaliação da Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Prof^a. Ms. Débora Andalécio Ferreira.

**PATOS DE MINAS
2013**

616.314 ROCHA, Lêda Aparecida Libânio da
R672t Traumatismo na dentição decídua/Lêda
Aparecida Libânio da Rocha – Orientadora: Prof^a.
Ms./Esp. Débora Andalécio Ferreira. Patos de Minas:
[s.n.], 2013.
30p.

Artigo de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Odontologia

1.Traumatismo 2.Dentição decídua 3.Tratamento
I.Lêda Aparecida Libânio da Rocha II.Título

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

TRAUMATISMO NA DENTIÇÃO DECÍDUA: uma revisão da literatura

Lêda Aparecida Libânio da Rocha. ¹

Prof^a. Ms. Débora Andalécio Ferreira. ²

RESUMO

Os traumatismos na dentição decídua são eventos comuns na clínica odontológica, que requerem preparo do cirurgião dentista, no sentido de o mesmo ter discernimento para realizar um diagnóstico e tratamentos adequados dos diferentes casos possíveis de emergirem na prática clínica. O objetivo proposto para este estudo foi descrever os principais tipos de traumatismos que podem ocorrer na dentição decídua, o diagnóstico, o tratamento adequado, as sequelas que podem vir a ocorrer e a prevenção para estes traumas dentários. Para alcançar o objetivo proposto, valeu-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva com abordagem qualitativa. Toda criança está sujeita a sofrer acidentes capazes de provocar algum tipo de traumatismo na dentição decídua. O Cirurgião dentista deve oferecer um atendimento adequado a fim de solucionar quaisquer tipos de traumas, mediante monitoramento clínico preciso, amparado por exames de imagens que visem o tratamento das sequelas nos dentes decíduos e permanentes.

Palavras-chave: Traumatismo. Dentição Decídua. Diagnóstico

¹ Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas - FPM

E-mail: ledalibaniodarocho@yahoo.com.br

² Professora Orientadora do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM. Especialista e Mestre em Odontopediatria. E-mail: deb_andalecio@yahoo.com.br

ABSTRACT

Traumatism in deciduous dentition are common events in dental practice, which requires an experienced and prepared dentist, concerning her must realize an adequate diagnose and treatment the different possible cases that occur in clinical practice. The proposed objective of this study was to describe all kinds of traumatism which can occur in deciduous dentition, diagnose adequate, treatment, sequels that can occur and prevention for these dental traumatism. To reach the proposed objective, a bibliographic and descriptive research was used with a qualificatur approach. Every child is liable to accidents that are able to provoke any kind of traumatism in deciduous dentition. Were the dentist may offer an adequate attendance, in order to solve any kind of traumatism, by means of precise clinical supervising supported by image exams which am is the treatment of sequels in permanent and deciduous teeth.

Keywords: Traumatism. Dentition Deciduous. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

Casos de traumatismos na dentição decídua podem surgir frequentemente na prática clínica. Contextos assim exigem do cirurgião dentista habilidades específicas para estabelecer o diagnóstico e o tratamento adequado em diferentes ocorrências. Este tipo de trauma pode comprometer os dentes sucessores permanentes, pois há uma afinidade anatômica entre os ápices dos dentes decíduos e os germes dos permanentes. ⁽¹⁾

Comumente os tratamentos para o trauma dentário envolvem certa complexidade, pois em determinados casos o prognóstico apresenta imprecisão, realidade que requer que o profissional seja provido de pleno conhecimento para lidar com diferentes procedimentos. Este tipo de lesão é mais comum nos primeiros anos de vida da criança, sendo mais corriqueira nas crianças que nos adultos, dado a fragilidade do tecido ósseo inerente aos dentes decíduos. ⁽³⁾

Na dentição decídua, o traumatismo adquire um caráter especial tendo em vista a falta de amadurecimento da criança em relação à cooperação durante o

tratamento odontológico aliado à repercussão emocional e psicológica que a lesão traumática causa nos pais e na própria criança.

Os traumatismos na dentição decídua são ocorrências corriqueiras na prática odontológica e podem exigir muito discernimento do profissional, pois, por vezes, os diagnósticos dos diferentes casos, por serem ambíguos, não são tão simples de serem realizados.

O objetivo geral deste estudo foi descrever os tipos de traumatismos que podem ocorrer na dentição decídua com ênfase no diagnóstico e tratamento adequados para os casos mais comuns. Os objetivos específicos foram descrever as principais características pertinentes ao traumatismo dentário com ênfase no diagnóstico, etiologia, faixa etária, gênero, localização, tipo mais prevalente, anamnese, exame clínico, exame radiográfico; referir sobre a classificação e fatores predisponentes ao traumatismo dentário; apresentar considerações referentes ao tratamento das lesões traumáticas na dentição decídua e discorrer a respeito das sequelas e prevenção das lesões traumáticas para os dentes decíduos. Como método valeu-se de uma pesquisa bibliográfica, mediante livros, monografias e artigos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Traumatismo dentário

Em realidade, o traumatismo dentário é uma agressão térmica, química ou mecânica suportada pelo dente e estruturas próximas, cuja intensidade extrapola a resistência localizada nos tecidos ósseos e dentários. A sua influência tem afinidade direta com a magnitude, tipo e duração do impacto. A instituição escolar é um espaço no qual sobrevém grande frequência dessa emergência. Um traumatismo bucal pode induzir a lesões dentárias capazes de comprometer os tecidos de suporte do dente e os tecidos duros e ocorre habitualmente nos dentes anteriores. ⁽²⁾

Os traumatismos dentários são circunstâncias de urgência odontológica que impõe ao profissional a postura de prestar uma assistência rápida e minuciosa. Na maior parte dos casos, torna-se imperativo acompanhar o paciente por um longo período. O tratamento para o trauma dentário é complexo e o seu prognóstico, por vezes, é ambíguo. As lesões traumáticas aos dentes são mais corriqueiras nas crianças em idade escolar. Começam nos primeiros anos de vida e tendem a aumentar na medida em que as mesmas principiam os primeiros passos. Na criança, o percentual de avulsões que acontecem em razão de traumatismos é mais comum que nos adultos, isso em razão da fragilidade do tecido ósseo que envolve especialmente os dentes decíduos. ⁽³⁾

O traumatismo dentoalveolar envolve três estruturas: dentes, porção alveolar e tecidos moles próximos. O tipo da lesão e as estruturas comprometidas norteiam o tipo de tratamento. Para cada tipo de trauma há um procedimento e o período em que o paciente fica em tratamento, habitualmente se ajusta ao tempo de cicatrização das estruturas danificadas. A colisão traumática à estrutura dentoalveolar pode proceder em injúria dental de tecidos moles e, além disso, em fraturas dos ossos da face, regiões cerebrais e regiões do pescoço. Em razão dos comprometimentos estéticos, funcionais, psicológicos e econômicos que os referidos danos ocasionam, medidas preventivas são de suma relevância. O prognóstico se sujeita ao nível de implicação das estruturas que foram afetadas, e ao tempo decorrido entre o acidente e atendimento prestado. ⁽⁴⁾

2.1.1 Diagnóstico inicial dos traumatismos

O tratamento norteado para urgência das lesões traumáticas, talvez seja aquele que mais demande do cirurgião dentista, discernimento, experiência, capacidade, calma e exatidão para coletar os dados do paciente e estabelecer a terapia apropriada. ⁽⁵⁾

A fim de realizar um correto diagnóstico deve-se realizar exame neurológico básico, coletar a história médica do paciente e a história do trauma, realizar exames clínicos intra e extra-orais e exames radiográficos.

2.1.1.1 Exame neurológico básico

Este exame é fundamental em todas as circunstâncias que envolvem traumatismos, ele deve ser realizado antes de qualquer procedimento local, pois, além da relevância para a saúde plena do paciente, requer pouco tempo, sendo efetivado por meio da verificação dos sinais vitais, de observações visuais clínicas e relatos do paciente sobre a presença de visão dupla, enjôos, vômitos, desmaios, amnésia, cefalalgia e tontura. Nestas circunstâncias, torna-se imperativo encaminhar o paciente para atendimento médico, preferencialmente em nível hospitalar.⁽⁵⁾

2.1.1.2 História médica do paciente

Compete questionar o paciente sobre possíveis hipersensibilidade alérgica, medicamentos usuais, problemas sistêmicos, e nível de imunização ao tétano.⁽⁵⁾ No que concerne a recomendação de imunização antitetânica, compete notar que, em incidências de traumatismo dentoalveolar, deve-se providenciar a limpeza e desinfecção da lesão, valendo-se de soro fisiológico e solução oxidante, além disso, caso se faça mandatório, deve-se proceder à remoção do tecido desvitalizado.⁽⁶⁾

Com relação ao trauma é preciso buscar saber as particularidades do trauma ocorrido, tendo em vistas, como, quando e onde aconteceu o acidente, essas informações são extremamente importantes para a resolução do caso, não apenas para cumprir os termos legais, como para planejar o tratamento imediato mais adequado.⁽⁵⁾

2.1.1.3 Exame extra-oral, intra-oral e exame radiográfico

Deve-se realizar o exame de sinais manifestos de laceração facial, edemas, fragmentos de objetos, disformia facial ocasionada por deslocamento ósseo, averiguar dores na articulação temporomandibular que são apontadores de luxação

ou fraturas.⁽⁵⁾ No exame intra-oral realiza-se o diagnóstico nos tecidos moles e nos tecidos duros/sustentação.⁽⁵⁾ O exame e a palpação dos tecidos moles pode evidenciar as fraturas alveolares e outras fraturas ósseas e a presença de objetos que podem estar incluídos em lábio, bochecha, palato e soalho da cavidade bucal. Este procedimento deve ser complemento do exame radiográfico.⁽⁵⁾

Esta análise dos tecidos duros deve ser realizada com muita atenção, de modo a resguardar as estruturas dentárias e o apoio remanescente. Além da observação clínica, é preciso estar alerta para a mobilidade e inclusão do dente no alvéolo, sua posição e alinhamento, e as áreas maxilares e mandibulares. Deve-se checar possibilidade de fratura, tanto de esmalte, dentina, ou ainda as radiculares verticais e horizontais e realizar testes de sensibilidade alguns dias após o trauma.⁽⁵⁾

No exame radiográfico, primeiramente realiza-se a radiografia da área definida pelo exame clínico inicial e na arcada contrária, posteriormente, faz-se das outras regiões abarcadas no trauma. A radiografia deve nortear o profissional para reposicionar o dente traumatizado, avaliar a estrutura dentária remanescente e verificar quais dentes foram envolvidos.⁽⁵⁾

2.1.2 Anamnese

Cabe lembrar que o diagnóstico de traumatismo na dentição decídua deve estar fundamentado em uma anamnese esclarecedora que pode partir de três interrogações essenciais para concluir o diagnóstico e proceder ao procedimento terapêutico, quais sejam: quando (tempo entre o trauma e o primeiro atendimento); onde (necessidade de observação da validade da vacina antitetânica, recomendação de antibióticos e grau de contaminação e como (permite relacionar o tipo de lesão que procedeu).⁽³⁾

Em outro entendimento a anamnese (história médica e odontológica) pode ser realizada de modo a atender as seguintes etapas: coleta de dados sobre a história médica do paciente, sua experiência odontológica e sua idade e coleta de dados sobre o traumatismo (como foi o atendimento, como, onde ocorreu, se já houve traumatismo anterior e se há sintomatologia dolorosa).⁽¹⁴⁾

2.1.2.1 História médica, Experiência Odontológica e Idade do Paciente

Na história médica deve-se analisar a condição geral da saúde do paciente, alergias, uso de medicamentos, tendo em vistas que a condição sistêmica pode intervir no restabelecimento da área que sofreu o trauma. Quanto a experiência odontológica é necessário avaliar, quando e como foi a ocorrência, essa questão sugere o comportamento que pode ser esperado do paciente na consulta. A idade do paciente é importante para demonstrar o ciclo biológico em que o dente decíduo se localiza. ⁽¹⁴⁾

2.1.2.2 Dados sobre o traumatismo

Quanto ao uso de medicamentos deve-se constatar se algum procedimento já foi realizado, se o paciente foi medicado e qual medicamento foi prescrito. Como aconteceu o traumatismo é preciso confrontar a história do traumatismo com os achados clínicos, em razão da probabilidade de a criança sofrer maus-tratos. Bem como, o profissional pode vislumbrar a orientação e a intensidade do trauma. Onde ocorreu o traumatismo deve ser verificado se aconteceu em área contaminada. Torna-se necessário administrar antibiótico e conferir a validade da vacina antitetânica. Examinar a natureza do impacto. Quando ocorreu o traumatismo analisar o tempo transcorrido e as prováveis sequelas. Se houve traumatismo anterior é necessário avaliar a capacidade da resposta biológica da área da reparação. Quanto a sintomatologia dolorosa verificar se há dor espontânea, provocada ou por causa do impacto da mastigação. ⁽¹⁴⁾

2.1.3 Exame clínico

Para realizar o exame clínico dos traumatismos na dentição decídua, primeiramente, deve-se limpar e examinar os tecidos moles, de modo a averiguar: se

os tecidos moles encontram-se comprometidos pelo traumatismo e qual o seu alcance; se os dentes estão fraturados, com mobilidade ou deslocamento; se o tecido ósseo contém fratura; se a oclusão se encontra normal, este exame pode indicar se aconteceram deslocamento dental e fratura óssea; verificar testes de percussão e vitalidade. Somente após ter esclarecido estes aspectos pode-se recomendar o tratamento para cada circunstância, estabelecendo a terapêutica imediata indicada para o tipo de lesão e o provável posterior impacto do tratamento prescrito. ⁽⁶⁾

No caso de lesões traumáticas na dentição decídua deve-se primeiramente realizar uma tomada radiográfica e providenciar registros consecutivos posteriores visando obter a adequada documentação dos casos. Devem-se utilizar radiografias de rotina ou uma combinação delas como: periapical, oclusal, panorâmica, lateral e radiografia dos tecidos moles. No exame radiográfico, deve-se analisar a relação polpa/traço de fratura, fratura radicular, nível de reabsorção da raiz, nível do aumento radicular, dimensão da câmara pulpar, relação com o germe do dente permanente, fratura óssea, dentre outros. ⁽³⁾

2.1.4 Etiologia

O trauma bucal na criança passa a ser mais predisponente quando a mesma se encontra na fase de aprender a se levantar, andar e correr. O que ocorre, é que nesta etapa, a coordenação motora da criança ainda está em desenvolvimento. ⁽⁶⁾ Ao cair, a criança se encontra desprovida de reflexo de proteção, sendo comum bater a boca nestes eventos. ⁽⁷⁾

No que se refere ao tipo de traumatismo na dentição decídua, a mais corriqueira é a queda da própria altura, que atinge cerca de 80% das incidências. Cerca de 11% a 30% de meninos e meninas com 1 e 3 anos, já sofreram algum trauma dental. Comumente, os dentes anteriores superiores são os mais comprometidos, afora quando a razão do trauma procede de acidentes automobilísticos ou práticas esportivas. ⁽⁶⁾

Na pré-escola, que corresponde à faixa etária de quatro a seis anos, a incidência do traumatismo é grande, e a causa principal são as quedas (em virtude

de brincadeiras inerentes a esta idade). Na pré-adolescência que corresponde à faixa etária entre seis e doze anos, os traumatismos acontecem em decorrência de acidentes com patins, *skates*, bicicletas, quedas, colisões e esportes, provocando, em grande parte dos casos, lesões no lábio superior e no queixo. Outro importante fator etiológico do traumatismo dental na infância é o abuso físico. Mais de 50% das crianças que sofrem abuso apresentarão traumatismos orofaciais. ⁽⁸⁾

2.1.5 Faixa etária, gênero, localização e tipo mais prevalente

As faixas etárias predominantes nos traumatismos em dentição decídua podem variar entre 12 e 24 meses; 10 e 72 meses e 12 e 36 meses. Os eventos de traumas são mais suscetíveis em crianças menores, em virtude dos fatores aqui mencionados. ^(10,11,12,14)

Os dentes mais acometidos nas lesões traumáticas são os incisivos centrais, não havendo, portanto diferença entre os lados esquerdo e direito. ^(7,14,15)

As lesões em tecido periodontal são mais prevalentes na dentição decídua, isso em razão das dimensões dos dentes decíduos serem menores, bem como à questão de o osso ser mais poroso nas crianças. ^(10,14)

Na faixa etária entre 2 a 4 anos os traumas ocorrem na mesma proporção entre o gênero feminino e masculino. ^(6,12,14)

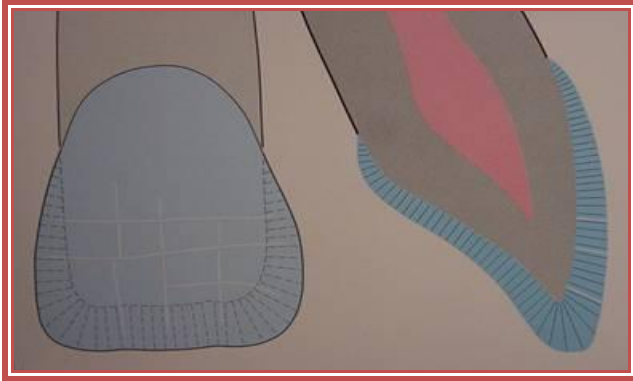
2.2 Classificação dos traumatismos dentários

Modernamente, utiliza-se a classificação das injúrias traumáticas sugeridas por Andreasen e Andreasen (1995), a qual se fundamenta no sistema adotado pela Organização Mundial da Saúde. Nos parágrafos subsequentes apresenta-se essa classificação. ⁽⁹⁾

2.2.1 Traumatismos aos tecidos dentais mineralizados e polpa

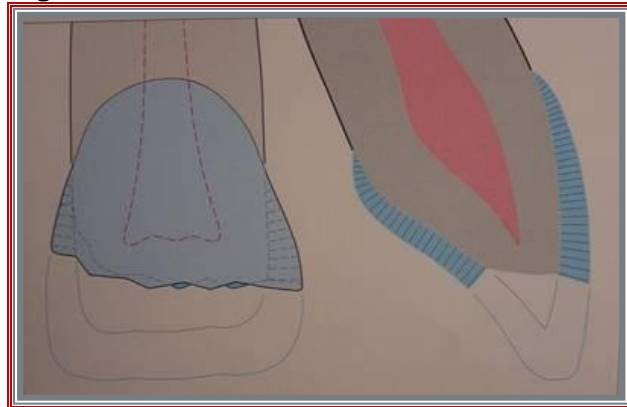
Trincas ou fraturas de esmalte: não ocorre perda da estrutura dental, envolve somente o esmalte. ⁽⁹⁾

Figura 1 - Trincas ou fraturas de esmalte ⁽²⁴⁾



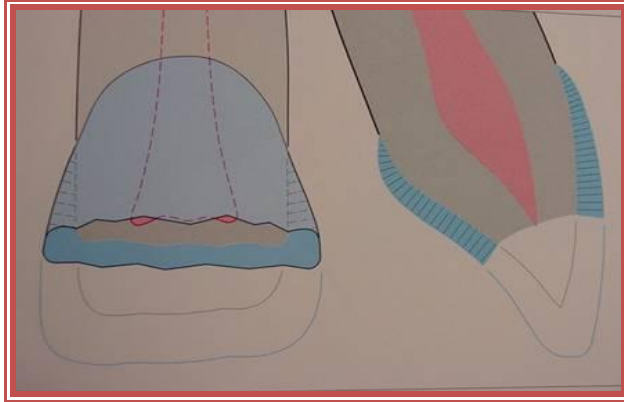
Fraturas de esmalte e dentina: ocorre perda de estrutura dentária limitada ao esmalte e à dentina, mas não apresenta exposição pulpar. ⁽⁹⁾

Figura 2 - Fraturas de esmalte e dentina ⁽²⁴⁾



Fratura coronária complicada (fratura coronária com exposição pulpar): ocorre perda de estrutura dentária limitada ao esmalte e à dentina, com exposição pulpar. ⁽⁹⁾

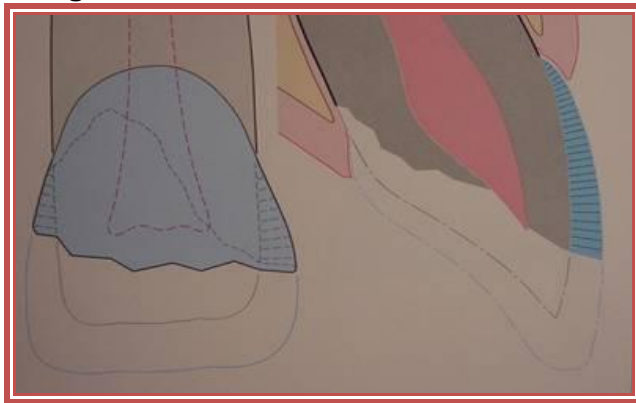
Figura 3 - Fratura coronária complicada (fratura coronária com exposição pulpar) ⁽²⁴⁾



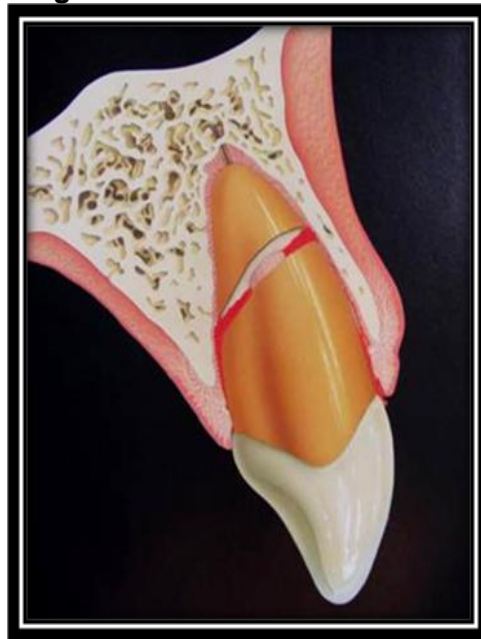
2.2.2 Traumatismos aos tecidos dentais mineralizados, polpa e processo alveolar:

Fraturas coronário-radulares: abrange esmalte, dentina e cimento, podendo ou não, haver envolvimento pulpar. ⁽⁹⁾

Figura 4: Fraturas coronário-radulares ⁽²⁴⁾

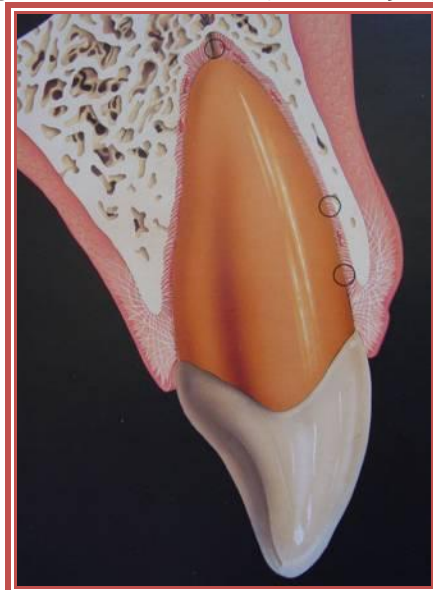


Fraturas radiculares: a fratura ocorre na raiz e envolve o cimento, dentina e o envolvimento pulpar. ⁽⁹⁾

Figura 5 - Fraturas radiculares ⁽²⁴⁾

2.2.3 Traumatismos aos tecidos periodontais

Concussão (ou comoção): Trauma de pequena magnitude sobre os tecidos de sustentação, entretanto, sem ruptura de fibras. Não ocorrem deslocamento e mobilidade do dente. ⁽⁹⁾

Figura 6 - Concussão (ou comoção) ⁽²⁴⁾

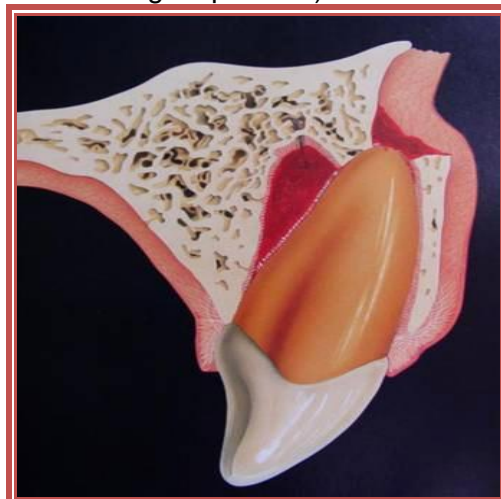
Subluxação: Trauma de baixa a moderada magnitude nos tecidos de sustentação, na qual, o dente apresenta mobilidade, no entanto, não se encontra deslocado do alvéolo. Pode ou não, haver sangramento no sulco gengival. ⁽⁹⁾

Figura 7 - Subluxação ⁽²⁴⁾



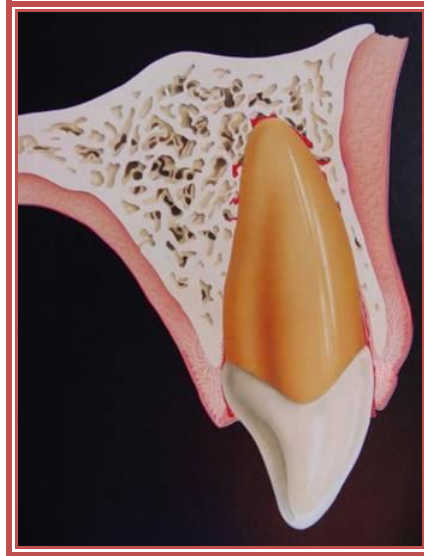
Luxação lateral (deslocamentos para mesial, distal, vestibular ou lingual/palatina): Trauma de maior magnitude que induz ao deslocamento dentário, nos sentidos mesial, distal, vestibular ou lingual/palatino, podendo comprometer ou não, a tábua óssea vestibular. O dente se desloca lateralmente, com a coroa, normalmente dirigido para o palatino. ⁽⁹⁾

Figura 8 - Luxação lateral (deslocamentos para mesial, distal, vestibular ou lingual/palatina) ⁽²⁴⁾



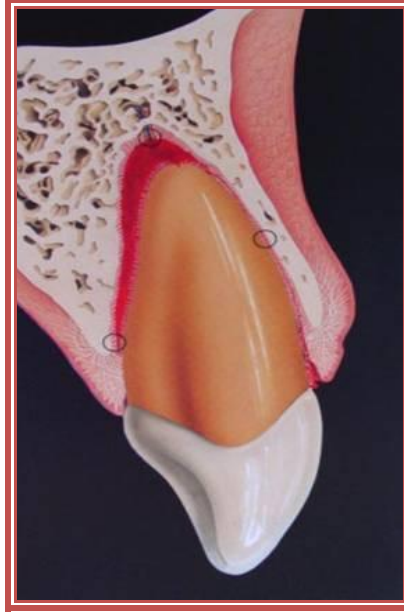
Luxação intrusiva (intrusão): Ocorre o deslocamento do dente para o interior do alvéolo. A intrusão é um tipo de trauma comum na dentição decídua, na qual o tecido pulpar e as estruturas de suporte suportam um detrimento máximo, pois o dente é forçado para o interior do alvéolo, em virtude do impacto orientado axialmente. Existe compressão do processo alveolar. Especialmente na região que corresponde ao ápice do dente envolvido, além de danos ao ligamento periodontal e ao feixe vâsculo-nervoso é grande probabilidade de acarretar lesão ao germe do dente permanente sucessor. Normalmente, não se observa mobilidade ou sensibilidade a palpação. ⁽⁹⁾

Figura 9 - Luxação intrusiva (intrusão) ⁽²⁴⁾



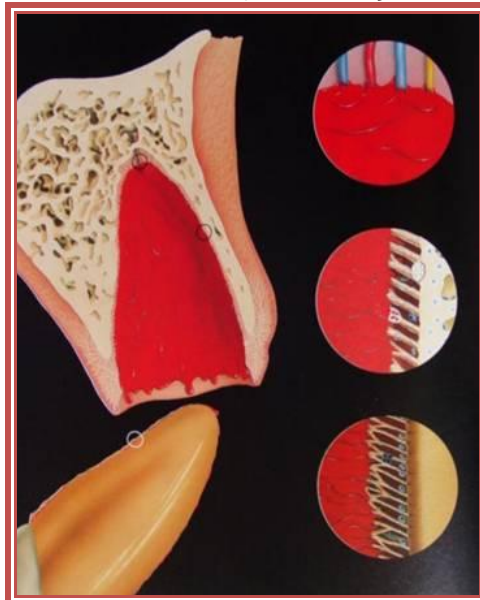
Luxação extrusiva (extrusão): O dente se desloca parcialmente para fora do alvéolo em efeito de injúrias traumáticas. É possível que ocorra a ruptura total ou o estiramento do feixe vâsculo-nervoso, junto à ruptura das fibras periodontais e ampliação do espaço periodontal. ⁽⁹⁾

Figura 10 - Luxação extrusiva (extrusão) ⁽²⁴⁾



Avulsão traumática (exarticulação ou deslocamento total): Deslocamento total do dente para fora do alvéolo. ⁽⁹⁾

Figura 11 - Avulsão traumática (exarticulação ou deslocamento total) ⁽²⁴⁾



2.3 Fatores predisponentes

A carência de selamento labial e demasiada sobressaliência são fatores predisponentes ao traumatismo na dentição decídua. Crianças com sobressaliência entre 3 e 6 mm e mais que 6 mm sofrem, simultaneamente, duas e três vezes mais traumas se comparadas com aquelas que evidenciam de 0 a 3 mm de sobressaliência. ^(6,1,7)

4 Tratamento das lesões traumáticas na dentição decídua

O traumatismo na dentição decídua pode comprometer a qualidade de vida da criança, por isso, torna-se importante eleger um tratamento cuja prática clínica seja fundamentada em evidências científicas, tendo em vistas que uma conduta assim assume um papel categórico na tomada de decisões para oferecer um atendimento adequado ao paciente.

Deste modo, apresentamos sugestões de tratamentos para cada tipo de lesão em tecido periodontal mais prevalentes na dentição decídua:

2.4.1 Concussão (ou comoção)

Orientação dietética. Deve-se prescrever uma dieta mais pastosa e líquida para o paciente, principalmente nas primeiras 48 horas e restringir o uso de chupetas e mamadeiras. Torna-se importante orientar os pais a retornarem com a criança no consultório, caso venham a observar algo que lhes provoque estranhamento, como edema local ou presença de fístula. ^(6,7,12)

Deve-se recomendar ainda a higiene bucal apropriada através de escovação e uso de fio dental. Caso seja necessário deve-se indicar o bochecho ou uso de gaze encharcada em digluconato de clorexidina a 0,12%, a fim de controlar o biofilme dental. ^(7,9)

Nestes casos, o prognóstico é favorável, mas pode ocorrer necrose pulpar nos dentes com forame apical estreito. A reabsorção radicular é muito rara. ⁽³⁾

2.4.2 Subluxação

Da mesma forma que na concussão, prescreve-se a orientação dietética. Deve-se restringir o uso de chupetas e mamadeiras. Se a mobilidade for muito grande, recomenda-se usar uma contenção flexível ou semirrígida por 10 a 14 dias. ⁽⁶⁾ Tal contenção pode ser feita com fio de nylon nº 70, fixado com resina composta, de modo a envolver dois dentes próximos ao elemento comprometido. Posteriormente, o paciente deve submeter-se ao controle clínico e radiográfico. ⁽⁹⁾

Nos casos de concussão e subluxação pode ser que ocorra alteração de cor na coroa dental, porém esse evento pode não ser indicativo de necrose pulpar. Caso a alteração da cor ocorra com fístula e/ou lesão periapical, é sinal de necrose pulpar, sendo preciso então realizar um tratamento endodôntico. ⁽¹⁴⁾

Em outra concepção constata-se que, a não ser que ocorra infecção associada, o tratamento de canal não deve ser feito em dentes com descoloração. ⁽¹⁶⁾

2.4.3 Luxação lateral (deslocamentos para mesial, distal, vestibular ou lingual/palatina)

O tratamento para a luxação lateral depende de diversos fatores como, extensão do deslocamento; nível de desenvolvimento dentário e sua ligação com o sucessor permanente; busca imediata ou tardia pelo tratamento e nível de colaboração da criança ao tratamento aconselhado. Em casos de deslocamentos muito pequenos, sem influência oclusal, a musculatura lingual e labial pode reposicionar o dente sem que haja qualquer outro tipo de influência. No caso de deslocamentos não muito grandes, em condições adequadas, isto é, dentes em fase inicial de rizólise (que apresente menos de 1/3 de reabsorção), sentido da luxação

oposta ao dente permanente (coroa para palatino - raiz para vestibular), procura por tratamento nas primeiras horas depois de ocorrer o trauma e a criança coopera, realiza-se o reposicionamento sob anestesia local, comprimindo bidigitalmente o dente. Se houver mobilidade, indica-se contenção semirrígida ou flexível por 10 a 14 dias. Se persistir a interferência oclusal, sucede o desgaste incisal. Caso os deslocamentos sejam em grande amplitude ou rumo ao germe do permanente, o tratamento adequado é a extração. Em todas as circunstâncias, os pais ou responsáveis devem receber orientações sobre a dieta leve, controle mecânico e químico (digluconato de clorexidina - 0,12% com uso de cotonete) de biofilmes bucais e restrição ao uso de mamadeiras e chupetas. ^(6,9,14)

Pode ser que haja a necessidade de realizar um tratamento endodôntico. Em alguns casos ocorrem a reerupção dental, assim emerge a necessidade de realizar tração ortodôntica do elemento dental.^(12,14) O prognóstico sujeita-se ao estágio de desenvolvimento radicular ocorrido no momento do traumatismo ⁽³⁾

2.4.4 Luxação intrusiva (intrusão)

O tratamento se sujeita à direção da intrusão e à relação ou não com fratura da tábua óssea. No caso de dentes intruídos rumo ao sucessor permanente (radiografia dente intruído estendida em relação ao homólogo), o tratamento de preferência é a extração, pois este procedimento tem o objetivo de aliviar a pressão sobre o germe do dente permanente. Caso contrário, (radiografia encurtada do dente intruído aludindo direção vestibular da intrusão) deve-se esperar pela reerupção do dente decíduo, que deve ocorrer em até seis meses. Durante as consultas de controle devem-se ser avaliados possíveis eventos de infecção; nesses casos, prescreve-se a antibioticoterapia. Quando há fratura da tábua óssea, a reerupção dificilmente ocorre, nesse evento, deve-se proceder a exodontia. Com a finalidade de prevenir maiores perdas ao sucessor permanente, deve-se evitar a utilização de elevadores apicais. A luxação dentária pode ser realizada por meio de fórceps, cujos mordentes apreendem o dente no sentido mesiodistal. A necrose pulpar é bastante comum neste tipo de lesão independentemente do estágio de desenvolvimento radicular. ⁽³⁾ As indicações, no que se refere à dieta, ao uso de

mamadeiras e chupetas e controle mecânico e químico de biofilmes adotam as mesmas recomendações prescritas para a luxação lateral. ^(6,7,9,14)

Cabe ressaltar que, quando o procedimento adotado é a manutenção do dente decíduo instruído, é necessário proceder ao controle clínico-radiográfico e agendar retornos periódicos para o paciente como: depois de uma semana; a cada duas semanas no primeiro mês; mensalmente nos primeiros três meses; e, a cada seis meses, até que ocorra a erupção do dente permanente sucessor. ^(9,14)

2.4.5 Luxação extrusiva (extrusão)

O tratamento recomendado para a luxação extrusiva sujeita-se aos mesmos fatores avaliados na luxação lateral como intensidade do deslocamento, nível de desenvolvimento dentário e sua associação com o sucessor permanente, busca imediata ou tardia por tratamento e nível de colaboração da criança ao tratamento aconselhado. Quando os deslocamentos são pequenos recomenda-se analisar se não ocasionaram influências oclusais, por causa da nova posição dental, tendo em vista que, se isso acontecer, indica-se a realização de pequenos desgastes. Mediante o tratamento imediato pode-se arriscar o reposicionamento. Caso o atendimento seja tardio, é possível que ocorra a diminuição da mobilidade e desenvolvimento do coágulo; neste caso, a melhor alternativa é deixar o elemento dental em sua nova posição. Em níveis demasiados de mobilidade e extrusões rigorosas (comumente acima de 3 mm), a alternativa mais indicada é a exodontia. ^(6,7,9,14) O paciente deve comparecer às consultas para se submeter ao controle clínico e radiográfico. ^(9,14)

2.4.6 Avulsão traumática (exarticulação ou deslocamento total)

No caso de avulsão deve-se imediatamente armazenar o elemento dental em leite gelado (4° C) para conservar melhor os ligamentos. Além disso, podem ser utilizados o soro fisiológico e a saliva. Caso seja reimplantado em menos de 60

minutos, o prognóstico é favorável; entretanto, se passar de uma hora ou se o dente for conservado seco ou em soluções não aconselhadas, o prognóstico deixa de ser favorável, levando à perda permanente. ^(12,14)

Em outros entendimentos, constata-se que diferentemente do que acontece na dentição permanente, não se indica o reimplante na dentição decídua por se tratar de um procedimento que abrange condições bastante peculiares para o seu sucesso e pela probabilidade de lesão do germe do permanente, haja vista que, há possibilidade de o coágulo ser compelido para o interior da região do folículo. A reabilitação protética é a melhor alternativa, mas ela pode ser complicada para ser realizada em crianças de baixa idade, porém, essa técnica é muito importante para solucionar questões funcionais e estéticas. ^(3,6,9,14)

Face ao exposto, torna-se importante considerar o acompanhamento pós-traumatismo que deve ser feito por meio de exames clínicos e radiográficos, conforme cada caso. É fundamental que o primeiro controle seja feito na primeira semana, com o objetivo de realizar avaliações no tocante a cicatrização, higiene bucal e infecção. A frequência das reavaliações se sujeita ao tipo da injúria e a idade da criança. Em casos de traumatismos mais severos, como as intrusões e as avulsões, as proserações de longo tempo são imprescindíveis. Além disso, distúrbios de desenvolvimento, que comprometem a coroa e a raiz, assim como os que comprometem a direção da erupção do dente permanente devem ser diagnosticados precocemente, com a finalidade de se instituir um atendimento multidisciplinar. ⁽¹⁶⁾

2.5 Sequelas e prevenção das lesões traumáticas para os dentes decíduos e permanentes

Os eventos de traumatismos na dentição decídua podem deixar diferentes sequelas para os dentes decíduos e para os dentes permanentes, por este motivo, entendeu-se ser pertinente apresentar aqui, as sequelas mais relatadas entre os estudos pesquisados.

2.5.1 Sequelas das lesões traumáticas para os dentes decíduos

2.5.1.1 Hiperemia pulpar

Trata-se da resposta inicial da polpa posterior às lesões dentárias traumáticas. Pode ocorrer um aumento na vascularização da polpa e pequena infiltração celular. É reversível ou não, além disso, há possibilidade de o quadro evoluir até a necrose pulpar. Tratamento: acompanhamento clínico-radiográfico. (7,14,17)

2.5.1.2 Hemorragia pulpar

Ocorre em razão do rompimento de pequenos vasos pulpaes, induzindo ao sangramento e à degeneração da hemoglobina que adentra ao interior dos túbulos dentinários, em seguida, sobrevém à formação de sulfeto de ferro, fato que acaba por alterar a cor do dente. Esta alteração de cor, acinzentada ou amarelo-amarronzada, pode ser passageira e desaparecer em 3-4 meses ou pode ser permanente. Tratamento: acompanhamento clínico-radiográfico. Caso seja preciso recomenda-se um tratamento estético: faceta dental. (7-14) A descoloração coronária é um dos tipos de sequelas mais observados após traumatismos dentários na dentição decídua. (6,10)

2.5.1.3 Necrose pulpar

Incide no efeito de estrangulamento do feixe vasculo-nervoso, hemorragia pulpar, edema, trombose, infecções, exposição pulpar, dentre outras alterações. Quando ocorre a presença de fístula e abscesso é sinal clínico sugestivo de necrose. Na radiografia, é possível observar a imagem de lesão periapical que, por

vezes, pode ser confundida com o desenvolvimento do folículo do germe do sucessor permanente. Este tipo de necrose pode ocasionar escurecimento no dente, em virtude da liberação de substâncias cromóforas como sulfeto de hidrogênio, aminoácidos, ptomaínas e ácido sulfídrico. Tratamento: em caso de imprecisão, deve-se manter o acompanhamento clínico-radiográfico, a fim de observar se ocorre evolução da lesão, podendo assim confirmar a necrose. Caso haja confirmação de necrose, o tratamento endodôntico deve ser recomendado. ^(14,10)

2.5.1.4 Calcificação pulpar

Trata-se de um depósito progressivo de tecido duro dentro da câmara e/ou canal radicular. Acontece a decomposição cálcica progressiva da polpa, em que os odontoblastos recebem estímulos, por meio do traumatismo, e constitui a dentina, atresiano a câmara coronária e/ou o canal radicular. O depósito de dentina pode acontecer uniforme ou aleatoriamente ao longo do canal radicular. A expansão na camada de dentina da câmara coronária pode alterar a cor da coroa, podendo ir do branco opaco ao amarelo. Tratamento: recomenda-se apenas o acompanhamento clínico-radiográfico, pois a calcificação pulpar não exerce influência no processo de rizólise. ^(7,14)

2.5.1.5 Reabsorções internas

Refere-se à reabsorção das paredes dentinárias por meio dos osteoclastos e macrófagos. A reabsorção acontece da superfície interna rumo à periferia, tais reabsorções podem se desenvolver e até perfurar a coroa ou a raiz do dente. É possível verificar a expansão da polpa (aumento da luz do canal) por meio de radiografia que, na maioria das vezes se apresenta em forma ovalada. Clinicamente, quando esse evento acontece na câmara coronária, constata-se a coroa do dente com uma mancha rósea (nota-se a polpa por transparência). Tratamento: recomenda-se um tratamento endodôntico (pulpectomia) para tentar deter o

processo de reabsorção, caso não seja estabelecido o tratamento, pode ocorrer o prosseguimento da reabsorção com precedente perfuração, podendo expor o tecido pulpar, que corre o risco de infeccionar, se este caso ocorrer, sugere-se a exodontia e a colocação de mantenedor de espaço estético-funcional removível. ^(7,14)

2.5.1.6 Reabsorções externas sem infecção

São definidas pela reabsorção patológica e progressiva da porção radicular externa. Na reabsorção externa, sem infecção, nota-se uma reabsorção lenta seguida de formação óssea. Tratamento: quando acontece a reabsorção com formação óssea (reabsorção em forma de "teto de igreja" e arredondamento apical), sugere-se somente realizar o acompanhamento clínico-radiográfico, pode ser que o dente venha há esfoliar um pouco antes do aguardado. ^(7,14)

2.5.1.7 Reabsorções externas com infecção

São definidas pela reabsorção patológica e progressiva da porção radicular externa. Comumente, ocorrem dado à presença de bactérias, ou em pontos em que ocorreu destruição do ligamento periodontal. Clinicamente, no começo não se nota nenhuma modificação, mas pode haver mobilidade dentária em casos mais avançados. Mediante radiografias notam-se áreas radiolúcidas no espaço da reabsorção. Na reabsorção externa com infecção, percebe-se reabsorção rápida, mas desigual com destruição óssea. Tratamento: sugere-se o tratamento endodôntico (pulpectomia), com o objetivo de tentar cessar o processo de reabsorção, portanto em casos mais avançados, a exodontia é a única alternativa. ⁽¹⁴⁾

2.5.1.8 Alveólise

Mediante a lesão dentária traumática acontece uma infecção que induz por meio da reabsorção óssea, à exposição da raiz do dente, que pode ser parcial ou total e acontece dado à infecção do ligamento periodontal ou necrose do dente. Clinicamente, nota-se a raiz do dente exposta na cavidade bucal. Tratamento: recomenda-se a exodontia e a instalação de mantenedor de espaço estético-funcional removível. ⁽¹⁴⁾

2.5.1.9 Anquilose

Pode ocorrer em razão da reabsorção por substituição, de modo a unir ao osso alveolar. Por meio de radiografia, pode-se notar em determinados casos, a ausência de lâmina dura e espaço pericementário, tornando mais difícil diferenciar os limites entre o osso e a raiz. Clinicamente, percebe-se que o dente fica submerso, abaixo do plano oclusal. Esse evento não é muito comum em dentes anteriores. Tratamento: sugere-se aumentar a coroa ou, habitualmente, no tempo de troca de dentição, a exodontia. ^(7,14)

2.5.1.10 Retenção Prolongada

Ocorre quando um agravo ao tecido periodontal induz à alteração no metabolismo da reabsorção fisiológica do dente decíduo, que não apresenta reabsorção. Nota-se, por vezes, o dente permanente erupcionado sem que aconteça a esfoliação do decíduo. Tratamento: recomenda-se acompanhamento do caso para, quando for oportuno, realizar a exodontia. ⁽¹⁴⁾

Ressalva-se ainda que, a negligência ao tratamento odontológico depois do traumatismo dentário pode ter como implicação a alteração de cor, mobilidade, alteração de posição na arcada dentária, dor, sensibilidade, reabsorções radiculares ou ósseas, necrose e perda do dente, tais implicações podem ocasionar problemas

com a autoestima e convívio social, sobretudo pela ausência do elemento dentário.
(12)

Compete lembrar também que o tratamento imediato perante a qualquer tipo de traumatismo é de suma relevância para que o prognóstico seja mais adequado, minimizando-se sobretudo os riscos de complicações posteriores.

2.5.2 Sequelas das lesões traumáticas nos dentes sucessores permanentes

2.5.2.1 Hipomineralização (mancha)

Ocasionada por traumatismos menos absorventes, nos quais o dente decíduo lesa indiretamente o germe do permanente. A formação da matriz não é comprometida. A cor é branca por ser menos mineralizada, escurece-se por pigmentos da lise da hemoglobina. Tratamento: sugere-se que seja realizado o acompanhamento clínico. Caso venha a comprometer sobremaneira a estética, deve-se recomendar o tratamento restaurador estético. Comumente, a mancha situa-se no esmalte em espessura e, por este motivo, os tratamentos mais clássicos como microabrasão e clareamento podem contribuir para minimizar o evento, porém, os mesmos não proporcionam resultados estéticos satisfatórios. (7,14,19)

2.5.2.2 Hipoplasia de esmalte

Trata-se de uma alteração de estrutura do esmalte dentário. Clinicamente, pode ser distinguida como um esmalte defeituoso (com avaria de estrutura) pode estar vinculado à alteração de cor branca ou amarelo-acastanhada. Acontece em crianças que tiveram traumatismo em idades muito precoces. Tratamento: pode ser indicado o tratamento restaurador estético, de modo a avaliar a espessura do defeito na estrutura do esmalte. Quando o defeito estrutural é extenso (sobremaneira a

envolver a dentina), torna-se imperativo analisar a indicação de tratamento endodôntico. (7,14,17,18,19)

2.5.2.3 Dilaceração coronária

Distingue-se pela angulação na coroa em relação ao eixo longo do dente. A maior parte destes dentes fica impactada. Tratamento: usualmente ocorre um comprometimento na erupção dental, casos em que há dilaceração mais leve demandam a realização de ulectomia, desgaste coronário e reabilitação estética. Mas, casos que apresentam maior gravidade requerem ulectomia, tracionamento, desgaste coronário, por vezes, endodontia e reabilitação estética. (7,14,19)

2.5.2.4 Dilaceração radicular

Distingue-se pela angulação na raiz em relação ao eixo longo do dente. A maior parte desses dentes fica impactada. Tratamento: habitualmente, recomenda-se a exodontia e a reabilitação protética do paciente. Porém, deve-se avaliar a possibilidade de cirurgia de reposicionamento ou tracionamento ortodôntico. (7,14,17,19)

2.5.2.5 Malformação tipo odontoma

Pode ser caracterizada pela malformação do germe dentário ou ainda pela formação de dentículos, similares a odontoma. Associa-se ao traumatismo mais rigoroso, que tenha acontecido em idade precoce. Tratamento: para as malformações semelhantes à odontomas, recomenda-se a remoção cirúrgica. (7,14,17,19)

2.5.2.6 Duplicação da raiz

Neste caso a raiz encontra-se dividida em porções mesial e distal. Trata-se de uma condição incomum. Tratamento: sugere-se o acompanhamento radiográfico. (14,17,19)

2.5.2.7 Parada na formação radicular

Trata-se de malformações que chegam a deter a formação do germe do dente permanente, mas, esses casos são raros. Tratamento: recomenda-se realizar uma avaliação no momento da remoção cirúrgica e no planejamento reabilitador. (14,17,19)

Ressalta-se que “quanto mais precoce a formação do germe do dente permanente sucessor no momento do trauma do dente decíduo, mais severas podem ser as sequelas decorrentes.” (19)

Diante de exposto, resta dizer que é relevante manter o paciente sob observação e controle periódico e, em longo prazo, podendo desta forma realizar um diagnóstico precoce de quaisquer alterações, de modo a tornar mínimo, na medida do possível, os danos ocasionados à dentição permanente.

2.6 Prevenção das lesões traumáticas para os dentes decíduos e permanentes

Considerou-se ainda ser de suma importância apresentar algumas exposições referentes às medidas preventivas relacionadas à incidência dos traumatismos na dentição decídua.

As lesões traumáticas são um desafio crescente para os profissionais da área odontológica. Mas, a lesão dentária pode ser evitada por meio da implantação de estratégias de promoção de saúde. Alguns exemplos de estratégias de prevenção são: o uso de cintos de segurança, cadeirinhas especiais para serem colocadas nos

carros para crianças menores, capacetes de bicicletas e motocicletas e educação no trânsito. ⁽¹⁴⁾

Conforme a criança cresce, ela está sujeita a cair ao tentar andar ou brincar. Assim, a prevenção é relevante, sobretudo nos acidentes que podem ser evitados. Na fase em que a criança está aprendendo a engatinhar e a andar deve-se atentar para quinas, gavetas que podem ser abertas, móveis que podem ser escalados, chão escorregadio, bem como não deixar a criança andar apenas com meias. Recomenda-se então que a criança fique descalça ou use sapato com sola de borracha ou meias com antiderrapagem. Além disso, crianças pequenas não devem ficar sozinhas, especialmente em lugares altos, próximo a escadas e janelas, sugere-se o uso de portões e grades. É preciso ter cuidado com brinquedos, berço e carrinho de bebê, que precisam ser amoldados à fase da criança. ⁽¹⁴⁾

É preciso ter cautela também com a criança em parque de diversões, bicicleta, *skates*, patins, esportes violentos. Deve-se ter um cuidado especial com as crianças epiléticas, predispostas às quedas durante as convulsões e pacientes com deficiências motoras e mentais. Além do mais, torna-se imperativo avaliar os aspectos predisponentes a ocasionar traumatismos nos dentes decíduos como problemas com a oclusão (protrusão e mordida aberta anterior) e falta de proteção labial. Deve-se estar alerta para os hábitos de sucção do bebê, devendo-se motivar o aleitamento materno, prevenir a sucção do polegar e evitar o uso de mamadeiras e chupetas. ^(14,7)

Em uma compreensão semelhante constatou-se que a prevenção dos traumatismos dentais pode ser feita por meio do uso de medidas de segurança em ambientes ou circunstâncias que ofereçam risco de acidentes. No ambiente doméstico, por exemplo, os pais e cuidadores devem ficar precavidos quanto à circulação das crianças menores, de modo a evitar ângulos vivos nos móveis e artefatos do domicílio, brinquedos pontiagudos e não apropriados para a faixa etária da criança. Nas práticas esportivas, as “crianças e adolescentes de qualquer faixa etária devem utilizar rigorosamente equipamentos de proteção individual: capacetes e protetores bucais – confeccionados pelo próprio cirurgião-dentista da criança.” Torna-se relevante haver programas de prevenção para elucidar aos pais, docentes, as crianças e a população de modo geral das necessidades do atendimento e acompanhamento apropriados, além da importância de haverem profissionais e serviços habilitados para oferecer este tipo de atendimento. ⁽²³⁾

Incumbe observar ainda que, a higiene bucal com escovas dentais macias e a higiene com solução de clorexidina a 0,1% são indispensáveis depois do trauma dental, pois tais procedimentos têm a função de prevenir a acúmulo do biofilme dental, além de contribuir para dinamizar o prognóstico do trauma dentário. ⁽¹²⁾

Face ao exposto, fica evidente a importância de os profissionais de odontologia estarem preparados para distinguir e identificar os pais e/ou responsáveis a respeito da conduta mais eficaz para incidências de traumas dentários.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que os traumas que mais comprometem a dentição decídua são aqueles que acometem o tecido periodontal: concussão, subluxação, luxação lateral, luxação intrusiva, luxação extrusiva e avulsão. O cirurgião dentista deve estar muito bem fundamentado sobre esse tipo de incidência para que possa realizar tratamentos adequados, de modo a evitar ou minimizar possíveis problemas futuros nos dentes decíduos e permanentes.

Torna-se indispensável haver a participação de familiares, da criança e do cirurgião dentista, no sentido de prevenir os traumas que podem vir a ocorrer na dentição decídua.

REFERÊNCIAS

- 1 Camacho, Cristiane Giacomini. Traumatismo dental na dentição decídua e suas consequências na dentição permanente. Monografia (Especialista em Odontopediatria). Piracicaba, SP: [s.n.], 2007. 32f
- 2 Batista RSC. Estudo sobre o traumatismo dentário: uma revisão crítica da literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso] Odontologia. Universidade Federal da Paraíba. Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia Restauradora. João Pessoa, 2010. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/dor/templates/joomla-vortex/TCC/10.1/16.pdf>. Acesso: 17 abr. 2013.

- 3 Vasconcellos RJH, Marzola C, Genut, PR. Trauma dental aspectos clínicos e cirúrgicos. Revista Actiradentes, 2006. 4 (5): p. 774-96. Disponível em: http://www.actiradentes.com.br/revista/2006/textos/45RevistaATOTrauma_dental-Aspectos_C-2006.pdf. Acesso: 17 abr. 2013.
- 4 Oliveira FAM, Oliveira Gerhardt M, Orso VA, Oliveira VR. Traumatismo Dentoalveolar: Revisão de Literatura. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. jan/mar 2004. 4 (1): p. 15 - 21. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2004/v4n1/pdf/v4n1.2.pdf>. Acesso: 17 abr. 2013.
- 5 Andrade WB, Abrão CV. Dentes Traumatizados. Protocolo de Atendimento. Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo. Centro de atendimento dentística-endodontia traumatismo dental. São Paulo. Centro de estudos endodônticos João Augusto Fleury Varella; 2008. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Manualtrauma.pdf>. Acesso: 17 abr. 2013.
- 6 Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto-Filho Flares. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. RSBO. 2011 Jan-Mar; 8(1):1-20.
- 7 Wanderley MT. Como tratar dentes traumatizados ou perdidos traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de CampinasISSN 1678-1899- 104 - Mar/Abr – 2003.
- 8 Barbosa de Sá MA, Oliveira SKM, Pereira MMP, Barbosa GEF, Freitas DAF. Traumatismo dentário em crianças. Revista Digital. Buenos Aires, ago. 2012. (17): p. 171. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd171/traumatismo-dentario-em-criancas.htm>. Acesso: 17 abr. 2013.
- 9 Assed S. Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- 10 Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle, A. Análise dos Traumatismos e suas Sequelas na Dentição Decídua: Uma Revisão da Literatura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, maio/ago, 2007. 7 (2): p.173-9, Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/198/145>Acesso: 07 mai. 2013.
- 11 Schein, PAL. Prevalência de cárie, fratura dentária e maloclusão em crianças de 0 a 36 meses de idade de creches municipais da cidade de Joinville-SC. 2002, 55f. [Dissertação] Mestrado (Odontopediatria). Programa de Pós-graduação em Odontologia, Mestrado Acadêmico Fora da sede – UNIVILLE. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82631/186153.pdf?sequence=1> Acesso: 07 mai. 2013.
- 12 Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima Fabio Cesar B. de. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Rev Paul Pediatr 2009; 27(4):447-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a15.pdf>. Acesso: 07 mai. 2013.

13 Sousa DL, Moreira Neto, JJS, Gondim, JO, Bezerra Filho JG. Prevalência de trauma dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. Rev. odonto ciênc. 2008;23(4):355-359.

14 Wanderley MT, Oliveira LB. Lesões traumáticas na dentição decídua. In: Guedes-Filho AC, Bönecker M, Rodrigues CRD. Fundamentos de Odontologia. Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2010. 1055p.

15 Moura LFAD, Ferreira DLA, Melo COM, Sady MCLM, Moura MS, [et al.] Prevalência de Injúrias Traumáticas em Crianças Assistidas na Clínica Odontológica Infantil da Universidade Federal do Piauí, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 8(3):341-345, set./dez. 2008. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/451/261> Acesso em: 08 mai. 2013.

16 Vasconcellos RJH, Oliveira DM, Nogueira RVB, Maciel AP, Cordeiro MC. Trauma na dentição decídua: enfoque atual. Revista cirurgia. abr/jun,2003. 3 (2). Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2003/v3n2/pdf/v3n2.2.pdf> Acesso em: mai. 2013.

17 Valli MOP. Traumatismo dos dentes decíduos. [Monografia] Especialização em Odontopediatria FUNBEO - Fundação Bauruense de Estudos Odontológicos. Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru, 1997.

18 Chagas MS, Santo DR, Campos JV. Frequência da hipoplasia do esmalte nos dentes permanentes anteriores decorrente de traumatismo nos antecessores. Arquivo Brasileiro de Odontologia. [Monografia] Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2007. Disponível em: http://www1.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20070530170713.pdf. Acesso em: Jun. 2013.

19 Gondim JO, Giro EMA, Moreira Neto JJS, Coldebella CR, Bolini PDA [et al]. Sequelas em dentes permanentes após trauma nos predecessores decíduos e sua implicação clínica. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, (59): suplemento 0, p. 113-120, jan./jun., 2011. Disponível em: Acesso em: Jun. 2013.

20 Marconi MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

21 Roesch SMA. Projetos de estágio e de pesquisas em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

22 Malhotra N. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

23 Sá MAB, Oliveira SKM, Pereira MM, Barbosa GEF, Freitas DA. Traumatismo dentário em crianças. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ago. 2012. (17): p.171. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd171/traumatismo-dentario-em-criancas.htm> Acesso em: Jun. 2013.

24 Andreasen, JO, Andreasen F. M. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 769 p.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida, por cuidar de mim e de toda a minha família para que tudo desse certo.

Aos meus pais, Deuseles e Dercina, exemplos de coragem, fé e amor.

Ao meu sogro, Antônio Libânio da Rocha, *in memoriam*. Algumas pessoas entram e saem de nossas vidas silenciosamente, outras deixam grandes marcas em nossos corações. Daí em diante, jamais seremos os mesmos.

Aos meus filhos Gabriel e Paloma. Quando vocês nasceram achava que seria impossível algum dia ficar por um momento longe de vocês. Porém, hoje vi que por 4 anos na busca de um sonho, tive que deixá-los sem a minha presença, mas foi pensando no melhor para nossas vidas. Obrigada por vocês existirem e me darem razão para romper todos os obstáculos que aparecerem.

Ao meu esposo, Paulo César, ao qual dedico esta vitória, pois sem seu amor, compreensão e paciência, não teria chegado até aqui. Obrigada por me ensinar a ser uma pessoa cada vez melhor. Seus gestos e atitudes me engrandecem a cada dia. Eu te amo muito!

À minha professora e orientadora Débora Andalécio Ferreira que contagia com a sua sabedoria, dedicação e amor à profissão.

Às professoras que fazem parte da banca examinadora, Dalila Viviane de Barros e Vívian Gomes Pereira, sempre atenciosas e dedicadas.

À professora de TCC, Nayara Franciele Lima, pelos seus ensinamentos que foram de grande valia para a conclusão deste trabalho.

À todos os professores do curso de Odontologia que tanto enriqueceram esta jornada de conhecimento e sabedoria.

Aos funcionários da FPM e colaboradores, especialmente Erlinda e Hellen, sempre prestativas a nos ajudar na clínica.

Aos meus pacientes, pela confiança e apoio.

Aos meus colegas e amigos, em especial Cynthia, obrigada pelo companheirismo e amizade.

Às minhas amigas e colegas de profissão, Cláudia e Lumena que sempre se dispuseram a me ajudar. Obrigada pela força, confiança e compreensão.

E a todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso e crescimento como pessoa. Sou resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

Data da entrega do TCC: 04/11/2013.