

UNIVERSIDADE DE UBERABA
GEOVANNA KATHLEN MARTINS
MARIA LUIZA ALVES PEREIRA

TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO
Aspectos clínicos e radiográficos

UBERABA - MG

2017

GEOVANNA KATHLEN MARTINS

MARIA LUIZA ALVES PEREIRA

TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO
Aspectos clínicos e radiográficos

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação.

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira

UBERABA - MG

2017

Martins, Geovanna Kathlen.

M366t Trauma em dentição decídua: relato de caso: aspectos clínicos e radiológicos / Geovanna Kathlen Martins, Maria Luiza Alves Pereira. – Uberaba, 2017.
19 f. il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira.

I. Odontologia. 2. Odontologia – Traumatismo. 3. Dentes decíduos. 4. Odontopediatria. I. Pereira, Maria Luiza Alves. II. Oliveira, Maria Angélica Hueb de Menezes. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

GEOVANNA KATHLEN MARTINS

MARIA LUIZA ALVES PEREIRA

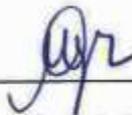
TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO
Aspectos clínicos e radiográficos

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira

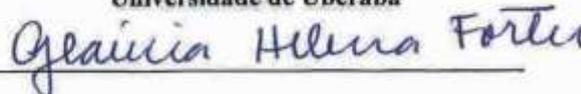
Aprovado em: 16/12/2017

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira- Orientadora

Universidade de Uberaba



Prof^a Glaucia Helena Fortes

Universidade de Uberaba

Dedicamos a Deus, às nossas famílias e a todos que indireta ou diretamente contribuíram para esse trabalho e nos apoiaram em nossa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus por ter nos permitido chegar a esse momento ímpar em nossas vidas. Às nossas famílias pela paciência e dedicação, sempre torcendo pelo nosso sucesso durante os anos de graduação.

Agradecemos também a todos os nossos professores, por nos transmitirem seu conhecimento da melhor forma e terem contribuído para nosso aprendizado durante esses quatro anos. Em especial à nossa orientadora Dr^a Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira por estar disposta a nos ajudar nesse trabalho. Por fim queremos agradecer a essa instituição por sempre prezar o conhecimento de seus alunos.

RESUMO

Os dentes decíduos quando sofrem algum tipo de traumatismo devem receber uma abordagem diferente em relação aos dentes permanentes. Isso ocorre principalmente devido à presença do germe do dente permanente se encontrar próximo ao ápice do dente decíduo. Durante a anamnese devem-se ser realizadas perguntas ao responsável pela criança, tais como: quando e onde ocorreu o trauma. Deve ser realizado um exame radiográfico dos dentes envolvidos analisando alguns fatores como a idade da criança, o estágio de erupção dentária, grau de rizólise do dente decíduo e de rizogênese do dente permanente, fragmentos em tecido mole, dentre outros fatores. No presente trabalho foi realizado um relato de caso baseado na situação de traumatismo nos incisivos superiores de uma criança de 5 anos. No caso em questão a procura pelo atendimento não foi logo após ocorrer o trauma, levando às consequências para os elementos dentais envolvidos pois não houve tratamento imediato. Foram enfatizadas as características clínicas e radiográficas de uma lesão traumática, como diferenciá-las quando se observa escurecimento dental ou não, que é uma das características após a ocorrência de um trauma, e a forma de conduta e tratamento escolhido para a situação exposta.

Palavras-chave: Traumatismo. Dentes decíduos. Atendimento. Conduta. Dentes permanentes.

ABSTRACT

Primary teeth when they suffer some type of trauma should receive a different approach regarding permanent teeth. This is mainly due to the presence of the permanent tooth germ it lies near the apex of the deciduous tooth. During the anamnesis, questions should be asked to the person in charge of the child, such as when and where the trauma occurred. A radiographic examination of the involved teeth should be performed analyzing some factors such as the age of the child, the stage of tooth eruption, degree of rhizolysis of the deciduous tooth and rhizogenesis of the permanent tooth, fragments in soft tissue, among other factors. In the present study, a case report was made based on the traumatic situation in the upper incisors of a 5-year-old child. In the case in question the search for the care was not soon after the trauma occurred, leading to the consequences for the dental elements involved since there was no immediate treatment. The clinical and radiographic characteristics of a traumatic lesion were emphasized, such as distinguishing them when dental or non-dimming is observed, the characteristics after a trauma has occurred and the conduct and treatment chosen for the exposed situation.

Keywords: Trauma. Primary teeth. Attendance. Conduct. Permanent teeth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dentes 51 e 61.	6
Figura 2: Aspecto clínico dos dentes decíduos após evidenciação.	7
Figura 3: Aspecto clínico dentes 51 e 61.	7
Figura 4: Dentes 51 e 61 clinicamente.	7
Figura 5: Aspecto radiográfico dos dentes 51 e 61.	8
Figura 6: Dente 61 sendo restaurado.	9
Figura 7: Face mesial dente 61 já restaurada ainda com isolamento absoluto.	9
Figura 8: Dente 61 restaurado após retirada do isolamento absoluto.	10
Figura 9: Dente 51 após exodontia.	11
Figura 10: Vista lingual do dente 51, observando extensa lesão cariiosa.	11
Figura 11: Vista vestibular do dente 51.	11
Figura 12: Visão clínica após exodontia do dente 51 e restauração do dente 61.	12

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 JUSTIFICATIVA	06
3 OBJETIVO	06
4 CASO CLÍNICO	06
5 DISCUSSÃO	12
6 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	18

1 INTRODUÇÃO

A manutenção e cuidados com a dentição decídua são de grande importância para garantir estética e função, e também para orientar a erupção de dentes permanentes. A Lesão traumática dental (Traumatic Dental Injury TDI) é um distúrbio comum em crianças. É causada por um impacto externo sobre os tecidos de dentes mineralizados e de suporte. De acordo com alguns estudos epidemiológicos, a prevalência da doença cárie dentária em escolares diminuiu nos últimos anos, e não é tão alta como foi durante várias décadas. Por outro lado, um estudo recente indicou uma tendência de crescente prevalência de TDI entre os pré-escolares brasileiros (BERTI *et al.*, 2015).

A TDI na dentição primária é um problema de saúde pública, devido às suas altas taxas de prevalência, custos de tratamento e consequências a longo prazo. TDI também pode ter um impacto negativo na qualidade de vida, com repercussões físicas, estéticas e psicológicas que podem afetar a criança e os pais (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2014).

Segundo LOSSO *et al.*, (2011) “existe uma fase predominante de trauma bucal na criança: quando ela começa a levantar-se, andar e correr. Nesse período falta-lhe coordenação motora em virtude da pouca idade”. Afirma também que a faixa etária mais acometida é entre crianças de 1 à 3 anos, sendo os dentes anteriores superiores os mais atingidos.

Existem características particulares na criança que predispõe para que ocorra traumatismo, sendo elas:

“Cabeça proporcionalmente grande em relação ao restante do corpo, posição verticalizada dos dentes decíduos, curiosidade, imprudência, maloclusão: as crianças portadoras de mordida aberta, sobressaliência acentuada ou protrusão dos incisivos e consequente falta de selamento labial [...]” (GUEDES-PINTO *et al.*, 2009)

As lesões traumáticas são razoavelmente comuns em emergências em clínicas odontológicas. Diante desse fato, faz-se importante realizar a anamnese, haja vista que os fatores vão definir o melhor tratamento a ser executado e que informações da condição sistêmica da criança garantem um atendimento seguro (LOSSO *et al.*, 2011).

De acordo com LOSSO *et al.*, (2011) em relação ao trauma atual, deve-se considerar: como, quando e onde. Quanto ao exame radiográfico deve-se avaliar: estágio de erupção dentária; grau de rizólise; grau de rizogênese do dente permanente; fragmentos em tecido

mole; presença de fraturas ósseas ou dentárias, espessura da dentina remanescente; reabsorções radiculares. Durante o exame clínico intrabucal, deve-se avaliar tecidos moles; verificar se há mobilidade dental; se o tecido ósseo contém fraturas; se a oclusão está normal.

A gravidade das lesões traumáticas é um importante preditor do prognóstico dentário traumatizado. Além disso, o tratamento torna-se mais complexo e um pessoal especializado para o diagnóstico e exames de acompanhamento pode ser necessário, dependendo do grau de gravidade (COSTA *et al.*, 2016).

A classificação das lesões dentárias traumáticas proposta por Andreasen & Andreasen baseia-se em um sistema adotado pela Organização Mundial de Saúde e inclui as seguintes lesões:

“Lesões para os tecidos dentários duros e para a polpa: Fratura do esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura de coroa complicada. Lesões para os tecidos dentários duros, a polpa e o processo alveolar: Fratura da raiz da coroa, fratura de raiz, fratura alveolar. Lesões nos tecidos periodontais: Concussão, subluxação, lesões por luxação: Luxação lateral, luxação intrusiva, luxação extrusiva, avulsão” (FLORES, 2002).

As lesões traumáticas na dentição decídua podem acarretar em sequelas e complicações tanto nos próprios dentes decíduos como também na dentição permanente. Segundo SEIXAS *et al.*, (2015) a reabsorção precoce da raiz dos dentes primários é uma das principais complicações e pode levar à perda prematura de dentes traumatizados. Bille *et al.*, (2008) também sugeriram que a reabsorção prematura da raiz dos dentes primários pode estar associada a um risco aumentado de reabsorção radicular de dentes permanentes.

Portanto por serem de grande ocorrência, as lesões traumáticas podem ser evitadas com medidas de promoção de saúde uso de cinto de segurança, assentos de carro especiais para crianças, uso de capacetes, quando a criança começar a andar, ter cuidado com quina de móveis, gavetas, chão molhado, não deixar crianças muito novas sem supervisão, brinquedos devem estar adequados à idade da criança, ficar em alerta quando as crianças estão brincando em parques [...] (GUEDES-PINTO *et al.*, 2009). Além disso, os pais devem receber instruções claras sobre boa higiene oral da área afetada, a fim de promover a cura. É necessário mostrar-lhes como fazer uma técnica de escovação dentária, principalmente para reduzir a ansiedade que esta ação pode causar após o trauma (FLORES, 2002).

Baseado no que foi exposto, o presente estudo tem por objetivo relatar clínica e radiograficamente o caso de uma criança de 5 anos que sofreu traumatismo dentário, bem como as condutas adotadas e o tratamento escolhido para a situação.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho é de grande importância pois pretende expor traumatismos em dentes decíduos, seus aspectos clínicos e radiográficos e também suas consequências, como escurecimento e mobilidade. O trauma é um fato recorrente em consultórios e clínicas odontológicas e merece atenção por parte dos responsáveis pela criança e pelo cirurgião dentista.

3 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de uma criança de 5 anos, sexo feminino, e que apresentou trauma nos dentes 51 e 61. Relatar as características do trauma, conduta realizada desde o momento inicial e tratamento de escolha para a determinada situação.

4 CASO CLÍNICO

O caso clínico descrito refere-se à paciente M.M.V, 5 anos, sexo feminino, e sem patologias sistêmicas. O responsável pela paciente procurou atendimento na Policlínica Getúlio Vargas-Universidade de Uberaba, e durante a anamnese, relatou que a mesma sofreu trauma dos incisivos superiores, dentes 51 e 61, devido à queda da própria altura, aproximadamente aos 4 anos de idade e que o escurecimento do dente 51 se iniciou 1 mês aproximadamente após o trauma.



Figura 1: Dentes 51 e 61

A criança em questão não apresentou boas condições de higiene bucal, sendo que ao realizar o exame periodontal constatou-se a presença de placa bacteriana em grande quantidade. Com realização da escovação e profilaxia, houve também sangramento em alguns dentes.

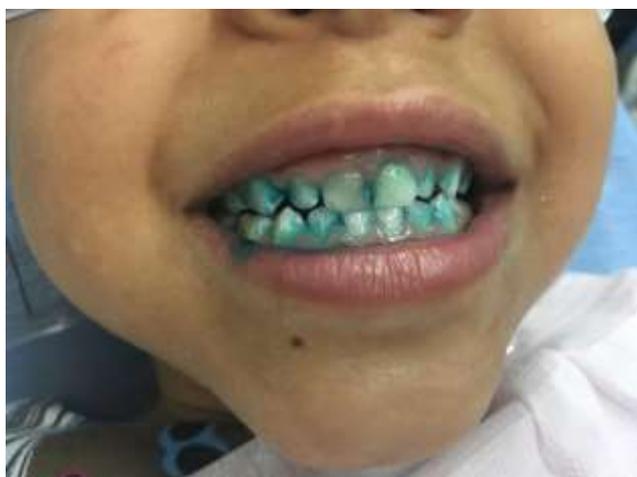


Figura 2: Aspecto clínico dos dentes decíduos após evidenciação

Os incisivos anteriores, dentes 51 e 61, os quais houve trauma, apresentaram algumas diferenças clinicamente. O dente 51, incisivo central superior direito, possuía uma grande lesão cariosa e também se observou-se um escurecimento dental. Além disso, esse dente apresentou uma leve mobilidade.

Já o dente 61, incisivo central superior esquerdo, apresentava uma lesão cariosa com menor extensão e não possuía escurecimento dental nem mobilidade aparente.



Figura 3: Aspecto clínico dentes 51 e 61



Figura 4: Dentes 51 e 61 clinicamente

Radiograficamente observou-se extensa lesão cariosa no dente 51, na face mesial, e além disso, uma grande reabsorção radicular. Essa reabsorção se mostrava de forma irregular e não em bisel, como ocorre normalmente na esfoliação do dente decíduo. Também foi observado que o elemento dental estava levemente deslocado para distal dentro do alvéolo, sendo uma evidência que o trauma que esse dente sofreu foi de maior intensidade.

O dente 61 apresentou-se também com extensa reabsorção da raiz, porém nesse caso em forma de bisel. Ele também apresentou lesão cariosa em menor extensão na face mesial. E radiograficamente não foi observado deslocamento dental, como ocorreu no dente 51.



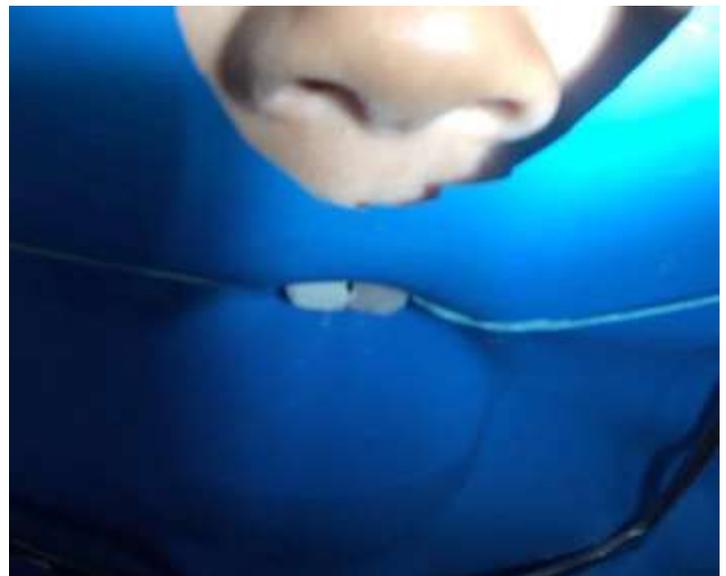
Figura 5: Aspecto radiográfico dos dentes 51 e 61

Em relação aos aspectos clínicos e radiográficos, o dente 51 apresentou escurecimento pois provavelmente o trauma nesse dente se mostrou em maior magnitude, levando a um rompimento do feixe vículo-nervoso e conseqüentemente ao extravasamento de sangue, fazendo com que houvesse uma alteração de cor dental.

Já em relação ao dente 61, houve a presença de um trauma provavelmente em menor magnitude, nesse caso não ocorrendo o escurecimento dental pelo rompimento do feixe vículo-nervoso e extravasamento de sangue, porém observou-se na radiografia que o elemento dental não apresentava luz de canal, sendo que a calcificação do canal ocorre possivelmente como resposta ao trauma ocorrido.

O tratamento escolhido para os elementos dentais 51 e 61 foi a exodontia, devido à reabsorção radicular fisiológica acelerada dos mesmos e além disso, rompimento de capuz e presença de lesão apical dos dentes em questão.

Inicialmente, optou-se pela realização da restauração Classe III na face mesial do dente 61, devido ao fato de que a lesão cariada estava em menor extensão e sua reabsorção estava em forma de bisel. Posteriormente após a restauração seria feita uma nova avaliação e confirmação da necessidade ou não da extração do dente decíduo.



Na restauração do dente 61, foi realizado o preparo do elemento dental com uso do fio dental e dique de borracha, posterior remoção do tecido cariado com brocas esféricas em baixa rotação sob irrigação e curetas de dentina. Logo após foi feito o condicionamento do elemento dental, utilizando-se o adesivo autocondicionante de 2 passos Clearfil Se Bond®. A resina utilizada foi a Charisma® B1.

Figura 6: Dente 61 sendo restaurado. **Figura 7: Face mesial do dente 61.**



Uma sessão após a restauração do dente 61, realizou-se a exodontia do dente 51. Inicialmente foi aplicado anestésico tópico em gel na região da mucosa a ser anestesiada, logo depois fez-se a aplicação da anestesia infiltrativa fundo de vestibulo e anestesia papilar pela face mesial, distal e complementar pela face palatina.

Realizou-se descolamento para afastamento dos tecidos com uso do sindesmótomo e posteriormente a retirada do dente 51 com auxílio no fórceps nº 1. Realizou-se a curetagem do alvéolo após a exodontia, irrigou-se a região com soro fisiológico e foi feita hemostasia com gaze para conter o sangramento. Não foi necessária a realização da sutura.



Figura 9: Dente 51 após exodontia



Figura 10: Vista lingual do dente 51, observando-se extensa lesão cariosa.



Figura 11: Vista vestibular do dente 51.



Figura 12: Visão clínica após exodontia do dente 51 e restauração do dente 61.

Devido à grande dificuldade de manuseio e condicionamento da criança durante o procedimento de exodontia do dente 51, optou-se pela não realização da extração do dente 61, dessa forma será feita a preservação e acompanhamento clínico e radiográfico do elemento dental até sua esfoliação de forma fisiológica.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo, baseado em dados relatados em estudos anteriores mostra que foi encontrada uma alta taxa de prevalência de TDI (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2014). Observou-se que estudos anteriores foram realizados considerando vários fatores como idade, sexo, classificação do trauma e métodos de tratamento, para as lesões traumáticas de dentes decíduos (SARI *et al.*, 2014).

A maior incidência de trauma para os dentes primários ocorre entre 2 e 3 anos de idade e a estratégia de tratamento deve ser ditada pela preocupação com a segurança da dentição permanente (RAVIKUMAR *et al.*, 2017). Porém LOSSO *et al.*, (2011) afirmam que a faixa etária que é mais acometida pelo traumatismo dentário decíduo é em crianças entre 1 a 3 anos de idade. Já no presente estudo relatado, o trauma ocorreu em uma criança com 4 anos de idade.

Os incisivos centrais superiores são na maior parte os dentes mais atingidos, pois estão às vezes em uma posição protrusiva e, muitas vezes, cobertos inadequadamente pelos lábios superiores, o que poderia amortizar o trauma, ao contrário dos dentes inferiores e dos caninos geralmente mais protegidos pelos lábios e não tão propensos a ferimentos. Além disso, o maxilar superior é rígido e o maxilar inferior é móvel, o que, adicionalmente, contribui para a predisposição de certos dentes a ferimentos (SARI *et al.*, 2014).

Alguns estudos mostraram que a prevalência de TDI é maior nos meninos do que nas meninas, porém muitos outros não encontraram diferença entre os gêneros. (BERTI *et al.*, 2015). Resultados apresentados na literatura apresentam que a conexão entre trauma e gênero não mostrou diferenças nas faixas etárias de 2-6 anos. A razão para isso é que tanto meninos quanto meninas de 2 a 6 anos estão expostos aos mesmos fatores de risco, pois eles têm atividades sociais similares e não há diferença entre os jogos e os esportes que eles jogam. (SARI *et al.*, 2014). Apesar de que alguns estudos mostram que a maior incidência do traumatismo dentário decíduo, em relação ao gênero, seja em meninos, o presente estudo relata que o trauma ocorreu em uma menina.

Quanto ao tipo de fratura que mais ocorre, na literatura, existem muitos estudos que mostram diferentes lesões pois cada estudo tem um critério de avaliação, porém numa média geral é possível afirmar que “o tipo de lesão mais comum entre crianças traumatizadas foi a luxação. Em outro estudo, as lesões dentárias mais prevalentes foram fraturas de esmalte e dentina.” (ROUHANI *et al.*, 2014). No caso clínico relatado nesse estudo, não foi possível

afirmar com precisão qual o tipo de fratura que o dente sofreu, pois a responsável pela criança procurou o tratamento tardiamente. Foi possível perceber pelo exame radiográfico apenas que este dente sofreu deslocamento para distal.

A gravidade do trauma deve ser determinada por um dentista e, de preferência, o mesmo dentista deve acompanhar o dente traumatizado até o sucessor permanente entrar em erupção, quando ocorre o trauma na dentição primária (BERTI *et al.*, 2015).

Várias sequelas podem acometer a dentição decídua após um traumatismo, podendo variar de acordo com a intensidade e o tipo de trauma ocorrido (LOSSO *et al.*, 2011). A alteração de cor foi uma sequela clínica comum detectada. A cor pode ser amarelada em casos que indicam obliteração pulpar, ou então escurecida, sugerindo polpa necrótica. No entanto, a descoloração é um fator importante, mas não decisivo, no diagnóstico da necrose da polpa em dentes primários traumatizados. (COSTA *et al.*, 2016). No presente estudo foi possível perceber que houve alteração de cor no elemento dental 51, sendo que este ficou com uma coloração mais acinzentada.

A radiolucência periapical foi a sequela radiográfica mais comum, ligada ao fato de que a necrose pulpar é a consequência pós-traumática mais frequente dos dentes decíduos (COSTA *et al.*, 2016).

No presente trabalho houve uma necrose pulpar do dente 51 devido à procura tardia por atendimento. Esse fato resultou em uma reabsorção radicular irregular do dente em questão e não em bisel como é comum em dentes decíduos, se tratando assim de uma reabsorção dental patológica. Além disso, resultou em um escurecimento dental, devido ao extravasamento de sangue gerado pelo trauma.

Quanto às sequelas na dentição permanente, o traumatismo na dentição decídua pode lesionar o germe dentário em formação. Isso leva a alterações que variam de acordo com o tipo de trauma e o estágio de desenvolvimento do dente permanente, sendo os estágios iniciais de mineralização mais suscetíveis a sequelas (LOSSO *et al.*, 2011).

No estudo foi possível observar radiograficamente que não houve lesão ou contato do ápice do dente decíduo com o germe do dente permanente. Isso ocorreu principalmente devido ao fato de o germe do dente permanente já estar em uma formação mais adiantada. Quando o germe permanente ainda está em uma formação precoce e ocorre algum tipo de traumatismo, consequências como hipoplasia do dente permanente podem ocorrer.

A falta de importância dada ao TDI na dentição primária é refletida pela falta de busca de tratamento, mesmo quando os pais / cuidadores consideram a saúde bucal da criança como fraca. Além disso, esse aspecto pode ser influenciado pelas percepções dos pais / cuidadores de que o TDI não é uma doença e que a dentição primária é temporária (FIRMINO *et al.*, 2014). Pelo presente estudo é possível perceber que os pais não dão a devida relevância ao TDI, pois a responsável pela criança relatada não buscou tratamento imediato após o trauma, e como consequência houve a perda precoce do elemento dental 51.

A falta de tratamento odontológico após o TDI é bastante preocupante, uma vez que revela uma falta de consciência entre a população quanto à importância da dentição primária e as possíveis consequências do trauma na dentição permanente (FIRMINO *et al.*, 2014).

As medidas destinadas a mudar as atitudes e o comportamento dos pais / responsáveis e das crianças são instadas. Assim, campanhas informativas, como anúncios de televisão, artigos de jornais, distribuição de panfletos e estratégias baseadas na web, podem ser úteis na prevenção de trauma dental (CORREA-FARIA *et al.*, 2015). Além disso, as estratégias de promoção da saúde devem ser adotadas para ajudar os pais a reconhecer as alterações da saúde bucal em seus filhos e para sensibilizá-los sobre a necessidade de procurar serviços de saúde (FIRMINO *et al.*, 2014).

6 CONCLUSÃO

Os dentes traumatizados podem ter características clínicas e radiográficas diferenciadas, como por exemplo em relação à reabsorção radicular e ao escurecimento ou não da coroa do dente decíduo. No caso da paciente ocorreu uma reabsorção radicular patológica, não se apresentando em forma de bisel e sim com várias irregularidades. O dente 51 apresentou escurecimento da coroa dental devido à ocorrência da necrose nesse elemento dental, enquanto o dente 61 não apresentou escurecimento.

A principal questão em relação aos traumas dos dentes decíduos é o comprometimento do dente permanente, devido à grande proximidade do dente decíduo com o germe do dente permanente. Quando a criança é mais jovem o germe do permanente está começando a sua formação, podendo até ocorrer uma hipoplasia, principalmente quando se tem um tratamento tardio como ocorreu nesse caso relatado.

No caso do trabalho em questão pode ser observado radiograficamente que não houve comprometimento do germe do dente permanente, porém ocorreu uma falta de conscientização por parte do responsável em relação à procura pelo tratamento, levando assim à uma perda precoce do dente decíduo, pois só foi procurado o atendimento aproximadamente um ano após a ocorrência do trauma, levando a prejuízos estéticos, fonéticos e funcionais para a criança.

Crianças possuem mais propensão de sofrer traumas, devido à falta de coordenação motora e à pouca idade. Por isso, é necessário que quando esse tipo de incidente ocorra, seja feita uma anamnese detalhada por parte do profissional de saúde, a fim de que ele possa recorrer ao melhor tratamento para a situação, e ademais, que ele tenha o conhecimento acerca dos tipos de traumas e suas consequências para a dentição tanto decídua, e também para a dentição permanente.

REFERÊNCIAS

BERTI, Gabriela Oliveira et al. Epidemiological study of traumatic dental injuries in 5- to 6-year-old Brazilian children. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-6, 2015.

CORREA-FARIA, Patrícia et al. Influence of clinical and socioeconomic indicators on dental trauma in preschool children. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 00, 2015.

COSTA, Vanessa Polina Pereira et al. Clinical and radiographic sequelae to primary teeth affected by dental trauma: a 9-year retrospective study. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 30, n. 1, e89, 2016.

FIRMINO, Ramon Targino et al. Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2014 .

FLORES, MT, Lesões traumáticas na dentição primária. *Traumatologia dentária*, 18: 287-298. Doi: 10.1034 / j.1600-9657.2002.00153.x

GUEDES-PINTO Antônio Carlos, Bönecker M, Rodrigues CRMD. **Odontopediatria - Fundamentos em Odontologia**. São Paulo: Santos-GEN, 2009.

LOSSO, Estela Maris et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **Revista Sul-brasileira de Odontologia**, Curitiba, v. 8, n. 20, p.1-10, mar. 2011.

RAVIKUMAR, Dhanalakshmi et al. Evaluation of knowledge among general dentists in treatment of traumatic injuries in primary teeth: A cross-sectional questionnaire study. **European Journal of Dentistry - Eur J Dent.**, doi: 10.4103 / ejd.ejd_357_16 Abr-Jun; 2017.

ROUHANI, Armita et al. Anterior Traumatic Dental Injuries in East Iranian School Children: Prevalence and Risk Factors. **Iran Endod J.** . 2015 Winter; v. 10, p.: 35–38. Publicado online em 24 dec. 2014.

SARI, M E; et al. A retrospective evaluation of traumatic dental injury in children who applied to the dental hospital, Turkey. **Niger J Clin Pract**, v. 17, p. 644-648, 2017.

SEIXAS, Gabriela Fleury et al. Anti-dentine Salivary SIgA in young adults with a history of dental trauma in deciduous teeth. **Braz. oral res.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2015.

ANEXOS

Uberaba, 05 de junho de 2017.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do trabalho: **TRAUMA EM DENTIÇÃO DECÍDUA**

Responsável pelo Projeto:

Nome: *Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira*

Conselho Regional nº: 12993-MG

Telefone para contato: 34-9679-7085

Endereço: Rua Santa Catarina, 700 - Santa Maria - Uberaba-MG

Instituição: **UNIVERSIDADE DE UBERABA**

Projeto:

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade. O objetivo deste projeto será a realização de um estudo sobre traumatismo em dentição decidua.

Os dados de seu filho serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua (voz, foto, etc) jamais aparecerá.

Pela participação de seu filho no estudo, você não receberá nenhum pagamento, e também não terá nenhum custo. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para o paciente ou para seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe, onde constam os nomes e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

Natalia Cristina Medeiros Silva
Nome do paciente ou responsável e assinatura

MA
Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira- 34-9679-7085

Geovanna Kaltham Martins
Geovanna Martins- 34 9 8851-7599

Maria Luiza Alves Pereira
Maria Luiza Alves- 34 9162-6177

Termo de AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu Natalia Cristina Medeiros Silva CPF 09410308658
RG MG 13500124 responsável pelo
menor Michael Medeiros Digiato

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Geovanna Martins e Maria Luiza Alves, sob orientação da Professora Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei Nº 8.069/1990).

Natalia Cristina Medeiros Silva
Participante da pesquisa (Responsável)

MA
Pesquisador responsável pelo projeto