

A AUTO ESTIMA EM PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO DIANTE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: RELATO DE CASO

Acadêmica: Thuany Fernandes Vargas Carvalho

Orientadora: Dra Samantha Peixoto Pereira

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Área da Saúde

Resumo: A odontologia na infância está direcionada aos procedimentos preventivos, mesmo a cárie dentária prevalecendo como um problema contínuo da odontopediatria, a mesma é responsável por uma grande perda coronária, e exacerbados procedimentos restauradores, promovendo a “espiral da morte”.

Neste estudo é demonstrado um relato de caso de reintegração estética-funcional de uma paciente de 5 anos de idade. Realizou-se a exodontia dos dentes 51, 52, 61, 62 e 75. O Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo (85), realizou-se o procedimento de Remoção Seletiva do tecido cariado, e restauração com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV), da marca RIVA e Resina Flow A2, nos elementos 51, 52, 61 e 62, a fim de devolver função e estética. Portanto, seguindo o plano de tratamento, ocorreu-se uma reabilitação da função mastigatória, promovendo uma melhora estética e fonética, de suma importância tanto para a criança, quanto para os pais.

Palavras chaves : Reabilitação Bucal. Cárie Dentária. Saúde Bucal.

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária permanece como um severo caso de saúde pública, apesar das grandes conquistas associadas à saúde bucal nas últimas décadas, embora considerando que tal acometimento ocorre principalmente as comunidades mais desfavorecidas e carentes, tanto no Brasil como na maior parte do mundo (RIBEIRO *et al.*, 2005; TESCH *et al.* 2007).

O surgimento da cárie está associado com a interação de inúmeros fatores etiológicos determinantes, dentre elas estão quatro principais: hospedeiro (compreende os dentes e a saliva), substrato (dieta cariogênica), microrganismo (bactérias) e o tempo. Tais fatores determinantes, estão sempre associados para a formação e evolução do processo cariogênico (ANTUNES *et al.* 2006).

No público infantil, a cárie é apontada como a doença mais comum entre aquelas que não retrocedem naturalmente e não são sujeitas a cuidados por mediações farmacológicas num período reduzido (PETERSEN *et al.* 2003; KROL *et al.* 2004).

É natural observarmos o aparecimento da cárie severa e de forma ágil tendo como consequência o uso de fornecimento de alimentação por mamadeira dulcificada e a carência da falta de higiene após o uso da mesma. Assim, muitas crianças apresentam dentes decíduos destruídos por cárie dentária, tendo a exodontia como a única forma de tratamento para aquele elemento dentário (OSTENIO *et al.*, 2009).

Dessa forma, evitar perda de espaço, deficiência na fala, devolver a função

mastigatória, reduzir as distrações e os problemas psicológicos causados pela preocupação estética que proporciona uma boa interação social e emocional da criança, é função dos Cirurgiões Dentistas ao optarem por tratamentos específicos de acordo com cada demanda apresentada a partir da anamnese, para que a funcionalidade e a estética retornem a essas crianças, respeitando seus limites de aceitação e cooperação, fornecendo-lhes máxima segurança e conforto (DOMINGUEZE *et al.* 2004).

O objetivo deste trabalho é destacar a importância do atendimento odontopediátrico na correlação da auto estima da paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 Benefícios da odontopediatria

De acordo com o estudo feito por Corrêa *et al.*, (2015), a odontopediatria é a especialidade odontológica que se dedica ao atendimento pediátrico, envolvendo diferentes níveis de atenção em saúde. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (63/2005), a odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, criança e adolescente, além de promover a educação em saúde bucal e a integração desses procedimentos com outros profissionais da área da saúde.

Ainda na mesma resolução do CFO de (63/2005), é possível entender que o profissional também é responsável não só pela educação em saúde bucal do paciente, mas também pode intervir na família caso necessário para prevenção.

As ocorrências de alterações bucais podem provocar o comprometimento funcional e estético do indivíduo causando repercussões físicas e emocionais, de tal modo, que durante a infância é comum o surgimento de cárie, traumas e apinhamento dental devido a troca dos dentes decíduos pelos dentes permanentes. Os fatores apresentados tendem a gerar impactos estéticos momentâneos na criança que ainda está em desenvolvimento, o que pode resultar insatisfação estética durante a infância (NOBREGA; BARBOSA; BRUM, 2020).

2.1.2 Cárie na infância

A reabilitação de uma criança com cárie precoce da infância envolve geralmente uma diversidade de tratamentos, os quais devem ser eficazes no sentido de restaurar a forma, função e, ao mesmo tempo, auxiliar na prevenção da reincidência da cárie e recuperação da estética. Neste relato de caso, as restaurações foram todas realizadas com o Cimento de Ionômero de Vidro. Esse material tem a vantagem de possuir um coeficiente de expansão térmica similar ao da estrutura dos dentes, uma boa aderência química ao esmalte e dentina, além da liberação local de flúor ao esmalte e à dentina em contato com ele (CROLL *et al.*, 2001).

A cárie precoce da infância, refere-se à presença de uma ou mais superfícies dentárias com lesão de cárie, acometida por cárie ou restauração, em dente decíduo de criança na primeira infância, ou seja, crianças com idade inferior a 71 meses. No Brasil, a doença acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade e 59.4%

aos 5 anos de idade (ANTUNES *et al.*, 2006).

Apesar de todos os procedimentos preventivos que o odontopediatra pode lançar mão, ainda são frequentes os casos de crianças com necessidades de reabilitação estético-funcional, devido à perda dentária por cárie precoce da infância (DOMINGUEZ E AZNAR, 2004, HUTH *et al.*, 2002). Essa perda pode causar, além de distúrbios mastigatórios, a instalação de hábitos bucais deletérios como a interposição lingual, dislalia e perda de espaço (KAPUR *et al.*, 2005).

Em casos como o estudo de Ostenio *et al.*, (2005), onde a destruição dos dentes por lesão de cárie é tão grande, restando apenas como tratamento de escolha a exodontia, o Cirurgião Dentista pode lançar mão de uma reabilitação protética através da confecção de próteses parciais removíveis. Nesses casos utiliza-se uma prótese funcional com a presença de dentes confeccionados em resina acrílica termoativada, com a finalidade de restabelecer a função mastigatória, fonética e a estética da criança.

Dentre todos outros fatores, a doença cárie é considerada atualmente uma das maiores causas de perda precoce de molares decíduos, sendo uma patologia oral multifatorial (CARDOSO *et al.*, 2005).

Ainda no mesmo contexto, entende-se que a cárie é a maior causa das perdas precoces dos dentes posteriores (ROSE, 1966).

Estudos posteriores demonstraram que a prevalência de cárie em crianças ainda é frequente, e que é maior na faixa etária entre 04 e 09 anos de idade, já que a incidência do consumo de açúcar é maior nesse período (LOSSO *et al.*, 2009).

Ogata *et al.*, (2018), demonstra que na primeira infância, há maior introdução da sacarose na alimentação, sendo considerado o mais cariogênico de todos os carboidratos, e ainda, ocorre com maior incidência no primeiro ano de vida do bebê, fase em que estão rompendo todos os dentes, permitindo assim, a circulação de bactérias.

Através de dois estudos, foi possível comprovar que a perda completa dos molares decíduos por cárie, seguida da extração, onde esta situação ocorre mais frequentemente na arcada inferior, ou seja, na mandíbula, em detrimento da ocorrência na arcada superior, na maxila (UNGAR, 1938; HOFFDING & KISLING, 1979).

Denloye *et al.*, (1962), em um estudo onde foram analisadas 429 crianças na faixa etária de zero a 15 anos, avaliaram as causas e modelos de extração. A cárie foi a principal causa da exodontia precoce, em 57,47% dos casos.

2.1.3 Influência odontopediátrica relacionada ao bem estar da criança

O julgamento estético durante a infância possui uma relação expressiva com a prática de bullying que pode ser conceituado a partir da prática de agressões físicas, psicológicas e emocionais de forma intencional realizadas de forma repetitiva contra um igual sem motivação evidente, tais agressões tendem a ser realizadas em ambiente escolar distantes da presença de adultos (SILVA *et al.* 2019).

Zavaroni *et al.*, (2015), afirma que o inconsciente do indivíduo pode armazenar conflitos vivenciados durante a infância, transformando-os em um trauma que ocasiona um possível desajuste psíquico, assim as marcas geradas neste período são recordadas de maneira definitiva, e podem influenciar na auto-aceitação.

De acordo com o estudo feito por Inagaki *et al.*, (2015), a perda precoce de dentes decíduos é um problema recorrente na odontopediatria, e entende-se que a falta de tais dentes prejudique não apenas esteticamente os pacientes.

Wanderley, Trindade, Corrêa *et al.*, (1998), afirma que a falta dos dentes prematuramente compromete além do desenvolvimento funcional a estética dos pacientes, trazendo com isso problemas psicoemocionais, o que podem ser danos irreversíveis para o paciente.

É notório que, problemas psicossociais estão diretamente relacionados ao odontológico, pois a percepção estética facial induz a formação da imagem do indivíduo, e isso na infância é visto ainda mais frequente, já que as crianças estão em um processo de desenvolvimento e inclusão na sociedade (NICODEMO, *et al.* 2007).

Segundo um estudo de Goel e Goel *et al.*, (2013), a perda dos dentes anteriores tem um impacto importante a nível psicológico no indivíduo. Quando se trata de crianças, este assunto torna-se ainda mais importante.

2.1.4 Importância da reabilitação estética/funcional para o bem estar da criança após perda prematura dos dentes

Estudo feito por Diniz *et al.*, (2008), revelou que os fatores que trazem a perda prematura de dentes decíduos devem ser sanados por meio dos procedimentos realilitadores, devolvendo ao paciente estética, função e a fonação, permitindo bem estar físico e emocional.

Buscando soluções de tratamentos protéticos/estéticos, nos estudos de Sales *et al.*, (2018), o mesmo propoe a utilização de reabilitações protéticas na odontopediatria, a fim de evitar traumas psicológicos com a estética insatisfatória permeada pela ausencia dos dentes decíduos ao longo do crescimento, sendo que, ainda nesse estudo, é possível perceber que as reabilitações trazem ao paciente melhores condições de alimentação, estética e fonética, melhorando o bem-estar biopsicossocial da criança.

Compreendendo que se o dente decíduo for perdido seja por trauma ou cárie, prematuramente, a irrupção do dente permanente pode ser retardada, com isso faz-se necessário intervenções odontopediátricas desde a primeira infância. E quanto mais jovem for a criança afetada pela perda precoce, mais danos são causados (CAVALCANTI *et al.*, 2008).

Uma revisão de literatura de Correia *et al.*, (2019), nos faz entender que uma perda dentária precoce, independentemente da sua etiologia, pode conduzir a um desequilíbrio no sistema estomatognático, resultando num impacto negativo na qualidade de vida da criança.

O objetivo principal da psicologia aplicada à odontologia é interferir nas variáveis psicossociais que medeiam os processos de diagnóstico, tratamento e reabilitação em odontologia, visando promover e manter o estado geral de saúde do indivíduo (Moraes; Pessoti *et al.*, 1985).

O Cimento Ionômero de Vidro (CIV), é considerado um material amplamente utilizado na odontologia, por ser indicado para procedimentos de cimentação, restaurações provisórias, selamento de sulcos e fissuras, base e forramento de cavidades e confecção de núcleos de preenchimento (ANUSAVICE, SHEN e RAWLS *et al.*, 2013). Na odontopediatria esse tipo de material desenvolve a função de permitir que não haja evolução da lesão de cárie retendo os dentes até sua esfoliação natural (COUTINHO, GONZALEZ, BASTOS, *et al.*, 2012).

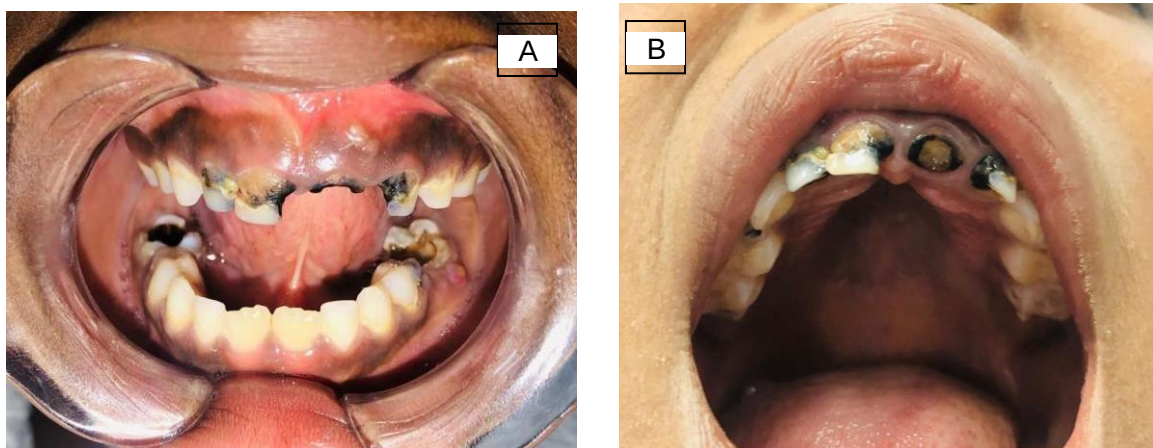
2.1.5 Caso Clínico

O presente estudo trata-se de um relato de caso de uma paciente de 5 anos que compareceu à Clínica Integrada de Odontopediatria do Centro Universitário UNIFACIG para um atendimento acompanhada pelo pai. Antes da realização do tratamento, o responsável pela paciente assinou o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Anexo A), e ficha clínica do paciente. Após anamnese, foi explicado ao responsável sobre a assinatura dos termos que fazem parte do prontuário odontológico da paciente, e ainda, sobre a assinatura do termo acerca da divulgação do caso clínico utilizado apenas como objetivo científico, sendo que o TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido), não foi necessário, visto que, a criança tem apenas 5 anos, e não teria condições de responder por si própria e entender sobre toda a proposta de tratamento.

K.V.S.L, sexo feminino, 5 anos, parda, foi encaminhada para a Clínica Odontopediátrica do Centro Universitário UNIFACIG, acompanhada pelo pai no dia 18/10/2021. A queixa principal relatada pelo pai foi a presença de cárie dentária em todos os dentes e fístula no dente 75 por comprometimento endodôntico devido a de cárie profunda e destruição coronária.

Na primeira consulta foi realizada anamnese, exame físico e clínico da paciente, com estes exames foi possível observar a presença de cárie na maioria dos dentes da paciente, algumas ativas e outras inativas com lesão de mancha branca (Figura 1). Posteriormente, foi realizado o IHO-S (Instrução de higiene oral inicial), com o uso de fucsina (evidenciador de placa), e observamos que a paciente havia placa bacteriana em todos os dentes. Após o índice, foi realizada uma profilaxia na paciente, sendo necessário a solicitação do pedido de uma radiografia panorâmica como exame complementar para realização do prognóstico e traçarmos o plano de tratamento diante das condições clínicas encontradas na cavidade intrabucal da paciente (Figura 2).

FIGURA 1- Exame intra oral inicial



Fonte: Autoras, 2022.

A. Visão intra oral da cavidade da paciente, onde é possível observar acometimento de cárie na maioria dos dentes com presença de cavidades, e em outros com lesão de mancha branca.

B. Vista do terço superior da paciente onde observamos lesão cariosa dos incisivos superiores.

FIGURA 2 - Exame clínico após aplicação de evidenciador de placa



Fonte: Autoras, 2022.

Vista vestibular da cavidade oral da paciente após aplicação de evidenciador de placa, onde é possível observar acometimento de biofilme em todos os dentes, na face vestibular o que nos mostra falta de higiene bucal.

Na segunda consulta o responsável teve problemas de locomoção para ir até a clínica radiológica, entretanto, a discente operadora se prontificou a levá-la até o local para ser realizado o procedimento de radiografia panorâmica, com a finalidade de dar continuidade ao caso. Com a radiografia em mãos, foi possível realizar o plano de tratamento da paciente (Figura 3).

FIGURA 3 - Radiografia do tipo panorâmica



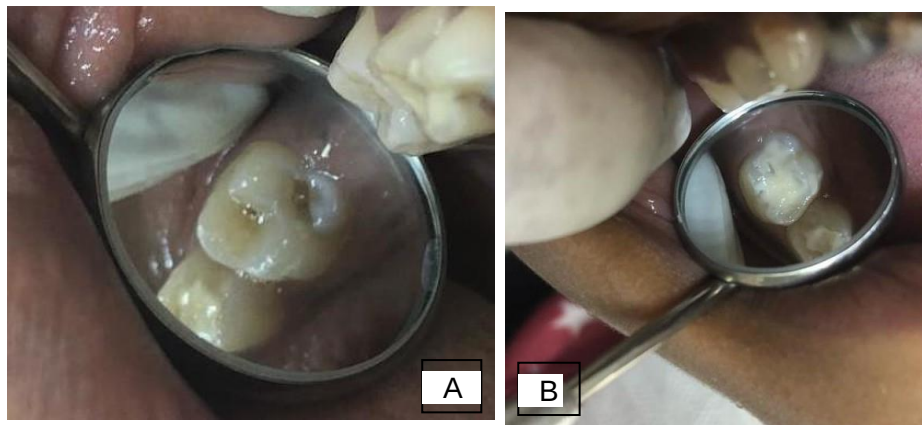
Fonte: Autoras, 2022.

Radiografia panorâmica onde é possível observar a dentição mista e a formação dos dentes permanentes, além do tamanho de comprometimentos dos tecidos cariados.

Na terceira consulta no dia 25/10/2022 foram realizados os seguintes procedimentos: selante no dente 64, remoção seletiva com colher de dentina no dente 54, CIV (Cimento Ionômero de Vidro), da marca Riva para restauração, com a finalidade restauradora e de liberar altas quantidades de flúor e aderem quimicamente a estrutural dental.

Na quarta consulta no dia 27/10/2021, foi possível observar que a paciente estava satisfeita com a oportunidade do tratamento, sentindo maior confiança durante os atendimentos e mostrando-se colaborativa, proporcionando um comportamento satisfatório para realização do plano de tratamento proposto. Neste dia, foi realizada a remoção seletiva do tecido cariado nos dentes 55 e 65, tendo sido os mesmos restaurados com Cimento Ionômero de Vidro RIVA (Figura 4).

FIGURA 4 - Dentes que foram restaurados, antes e depois



Fonte: Autoras, 2022.

- A. Dente 55 antes de ser restaurado, apresentando tecido cariado.
- B. Dente 55 após remoção seletiva e restauração com Cimento Ionômero de vidro da marca RIVA.

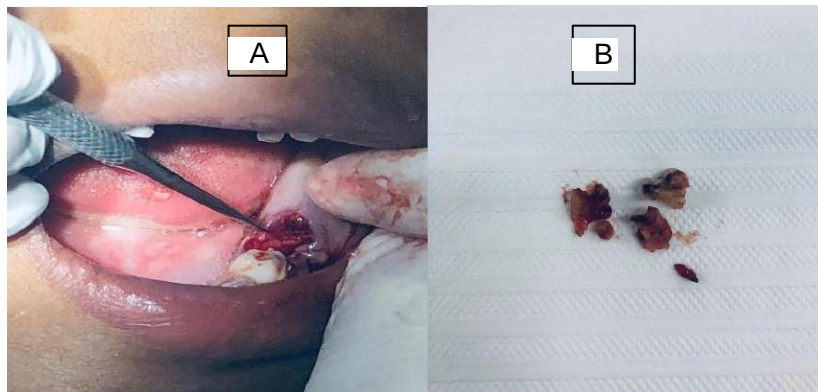
No dia 01/11/2021 foi realizada a remoção seletiva dos dentes 53 e 63 com resina Flow, sendo na cor A2, por se tratar de dentes anteriores a paciente ficou muito satisfeita, sendo notada a melhoria do sorriso e estética.

Na sexta consulta no dia 03/11/21 foi fundamental realizar uma profilaxia para deixar o meio bucal adequado para as próximas consultas, pois a paciente juntamente com os pais não estavam tendo comprometimento ao realizar a escovação correta.

Na sétima consulta no dia 08/11/202, foi realizada a remoção seletiva do elemento 84, restaurado com CIV RIVA.

Na oitava consulta 10/11/2021, foi realizada restauração com CIV RIVA no elemento 74 e exodontia do elemento 75 (Figura 5).

FIGURA 5 – Exodontia

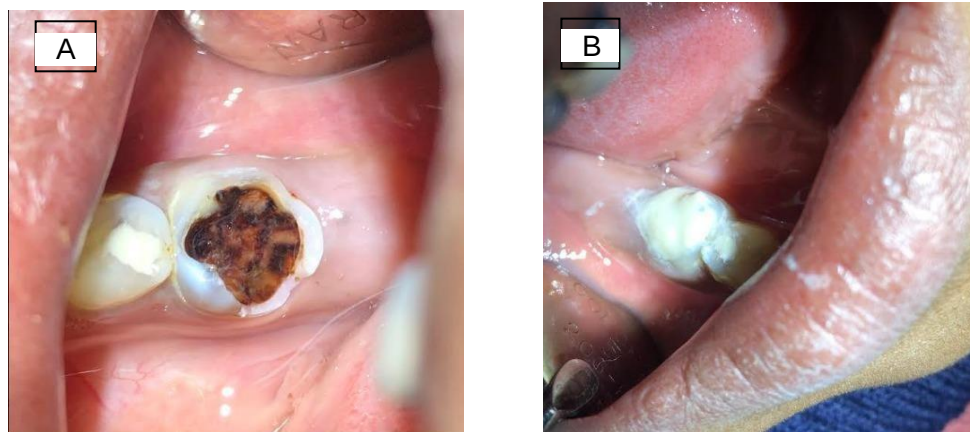


Fonte: Autoras, 2022.

- A. Extração do elemento 75 com remoção inicial.
- B. Restos radicular do elemento 75.

Na consulta 17/11/21, realizamos a remoção seletiva do tecido cariado e restauração com CIV RIVA do elemento 85 (Figura 6).

FIGURA 6 - Antes e depois da restauração do dente 85



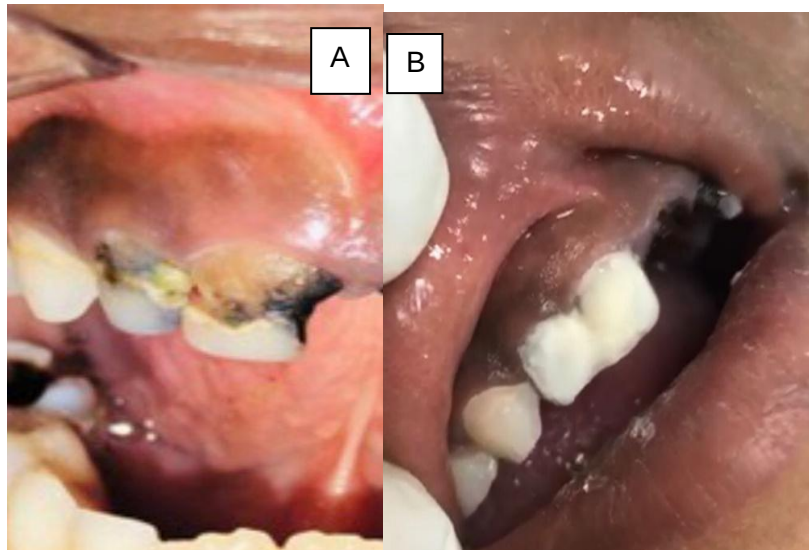
Fonte: Autoras, 2022.

- A. Dente 85 com comprometimento de lesão cariosa. Dente 85 restaurado com CIV (Cimento ionômero do tipo Riva).

Na décima consulta no dia 16/02/2022, realizou-se a remoção seletiva do tecido cariado e restauração com CIV RIVA nos dentes 51 e 62 a paciente ficou muito feliz e satisfeita pois houve uma melhoria no sorriso da mesma.

Na décima primeira consulta no dia 01/12/2021, foi realizada remoção seletiva e restauração dos elementos 51/52, com CIV RIVA, trazendo mais conforto ao sorrir, pois a mesma não sorria pois tinha vergonha ao mostrar o sorriso (FIGURA 7).

FIGURA 7 – Remoção Seletiva



Fonte: Autoras, 2022.

A. Dente 51 e 52 antes de fazer a remoção seletiva com colher de dentina.

B. Dente 51,52 após fazer remoção seletiva e restauração com Ionômero de vidro da marca RIVA.

Na décima segunda consulta no dia 23/02/2022, realizou-se profilaxia para melhorar o meio bucal da paciente, selante no dente 55 e o mesmo sendo restaurado com CIV RIVA, e, seguida, novamente foi feita a orientação de escovação a mãe, pois não estava realizando uma boa escovação, deixando restos de alimentos nos dentes da paciente .

Na décima terceira consulta no dia 09/03/2022, foi realizada remoção seletiva do tecido cariado do dente 75 e restaurado com CIV RIVA.

Na décima quarta consulta no dia 23/03/2022, foi feita a exodontia dos dentes 61, pois não havia uma maneira de deixar o dente em boca, pois havia resto radicular dos elementos 61 , sendo necessária a realização da exodontia do mesmo que já não mais exerciam função, e no dente 62 realizamos a restauração com Cimento Ionômero de Vidro do tipo RIVA para melhorar o sorriso da paciente . (FIGURA 8).

FIGURA 8 – Dentes antes e após a remoção seletiva



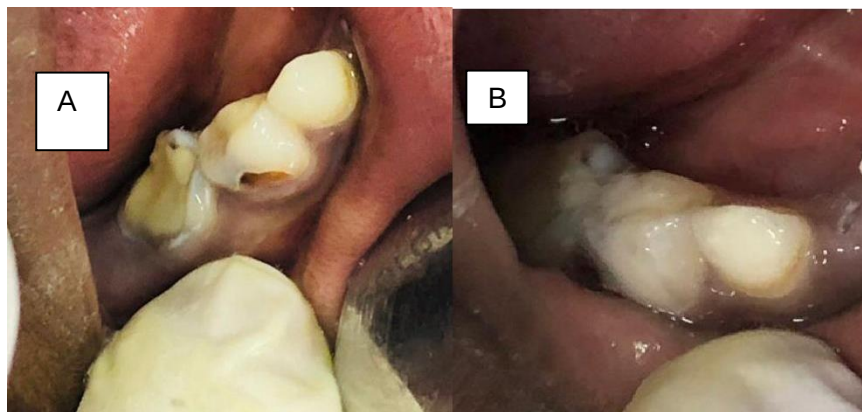
Fonte: Autoras, 2022.

A. Dente 61 realizamos exodontia pois havia comprometimento de lesão cariosa e resto radicular, no dente 62 realizamos a remoção seletiva do dente com colher de dentina.
B. Após a remoção seletiva o dente restauramos com CIV.

Na décima quinta consulta, realizou-se a remoção seletiva do tecido cariado e restauração com CIV RIVA nos dentes 52, 53 e 54 respectivamente.

Na décima sexta consulta, foi realizada remoção seletiva de tecido cariado e restauração com CIV do tipo RIVA no dente 74 (FIGURA 9).

FIGURA 9 – Antes e após remoção seletiva



A. Dente 74 com comprometimento de lesão cariosa.

B. Dente 85 restaurado com CIV (Cimento ionômico do tipo Riva).

Na décima sétima consulta foi realizada uma profilaxia e a finalização de todo o tratamento da paciente.

2.3. Discussão de Resultados

O Conselho Federal de Odontologia (63/2005), descreve que a odontopediatria descobre problemas precocemente, assim como o caso clínico, onde foi possível tratar vários tipos de problemas bucais logo na primeira infância na clínica de odontopediatria.

Segundo Croll *et al.*, (2001), os materiais usados em casos estudados por ele, como o ionômico de vidro possui expansão térmica semelhante às estruturas dos dentes e liberação de flúor o que é um benefício ao tratamento odontopediátrico, tendo assim uma boa aderência ao esmalte e dentina, por conta disso esse material também foi muito utilizado no tratamento da paciente.

Segundo Antunes *et al.*, (2006) e Lin *et al.*, (2010), a cárie acomete aos dentes decíduos na primeira infância, em crianças com idade inferior a 71, meses, sendo que no Brasil acomete 27% das crianças entre 18 e 36 meses e 59,4% aos 5 anos de idade, isso é observado no caso clínico acima onde tinha grande acometimento de cárie na paciente que tem 5 anos de idade, sendo que a dieta cariogênica é muito frequente nesta idade.

Cardoso *et al.*, (2005), a cárie é apontada como uma das grandes razões para a maior perda precoce de molares decíduos, isso foi possível observar no relato de caso onde os molares da paciente eram todos acometidos por essa doença. De acordo com Denloye *et al.*, (1962), foram analisadas causa e modelos de 429 crianças com

faixa etária de zero a 15 anos que a cárie é o motivo principal da exodontia em 57,47% dos casos, é possível observar isso no caso relatado, já que foi feita exodontia causada pela cárie no elemento 75 da paciente.

3. CONCLUSÃO.

Através do presente relato de caso clínico, observou-se que os profissionais de odontologia devem estar capacitados para resolver problemas de grande acometimento de cárie na dentição decídua, entender as consequências que a falta de tratamento pode causar, como também é importante destacar o condicionamento dos familiares e da criança, para manutenção da saúde bucal no dia a dia, sendo que, em casa os pais e os respectivos responsáveis deverão ajudar a criança na manutenção e conscientização quanto aos hábitos de higiene bucal.

Acerca do tratamento, foi notório compreender que a reabilitação oral a fim de manter a cavidade bucal mais saudável, mantendo uma saúde bucal de qualidade na criança, depende dos cuidados no cotidiano do lar da criança com acompanhamento dos pais, pois isso vai facilitar a erupção de dentes permanentes sucessores saudáveis, e ainda conscientizar a criança dos cuidados de higiene oral que vai prevalecer por toda a vida.

4. REFERÊNCIAS

ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R.; PHILLIPS - **Materiais Dentários.**, Elsevier LTDA. V. 12º. P.592 (2013).

BARRETO.R.A.;BARRETO.M.A.C.;CORRÊA.M.S.N.P.;Psicanálise odontopediatria: ofício da comunicação. **ofício da comunicação. Estud. psicanal.**, n.44 [citado 2022-06-11], p. 83-89(2015).

CARDOSO L, ZEMBRUSKI C, FERNANDES DSC, BOFF I, PESSIN V. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** v. 5, n.1, p.17-22, (2005).

CAVALCANTI.A.L.;MENEZES.A.S.; GRANVILLE-GARCIA.A.F.; FONTES.L.B.C.; Prevalência de perda precoce de molares decíduos: estudo retrospectivo. **Acta SciHealth Sci.** v.30, n.2, p.139-143 (2008).

COUTINHO,T.C.L;GONZALEZ.M;BASTOS.A.B.T. Avaliação Clínica de Três Anos da Técnica Restauradora Atraumática (ART) na Dentição Decídua: A Three-year Clinical Evaluation of The Atraumatic Restorative Technique in The Primary Dentition.**Revista Fluminense de Odontologia, Rio de Janeiro**, v. 1, n. 37, p.3-10, 30 jul. (2012).

DENLOYE, O.O.; DOSUMU, O.O.; AROTIBA, J.T. Causes and pattern of tooth extraction in children treated at the **University hospital. West Afr J Med**, Lagos, v.18, n.4, p.261-264, Oct./Dec. (1962).

DOMINGUEZ,A.;AZNAR.T.;REMOVABLE PROSTHESES FOR PRESCHOOL

CHILDREN .; REPORT OFF TWO CASES. **QUINTESSENCE INT. ILLINOIS**, V.35.P.397-400, MAY (2004).

GOEL.D.;GOEL.K.;. Restoring esthetics after anterior tooth loss for a five-year-old child: natural tooth pontic fiber reinforced prosthesis. **Case Rep Dent**:215816. doi:10.1155/2013/215816(2013).

HOFFDING, J.; KISLING, E. Premature loss of primary teeth. Part I: Its overall effect on occlusion and space in the permanent dentition. **ASDC J Dent Child, Chicago**, v.45, n.4, p.279-283, July/Aug.(1978).

INAGAKI.LT.;Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Rev CEFAC**;v.17.n.595-603(2015).

KAPUR A, CHAWLA HS, GOYAL A, GAUBE K. An esthetic point of view in very young children. **J Clin Pediatr Dent Winter**;v.30.n 2: p 99-103 (2005).

KROL, D. M. Educating pediatricians on children.s oral health: past, present, and future. **Pediatrics, Springfield**, v. 113, no. 5, p. 487-933, (2004).

LOSSO.E.M.;TAVARES.M.C.R.; SILVA.J.Y.B.; URBAN.C.A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr. RJ**, v.85, n.4, (2009).

NICODEMO .D.; PEREIRA.M.D.; FERREIRA.L.M.cirurgia ortognatica: abordagem psicossocial em pacientes classe II de angle submetidos a correção cirurgica de deformidade. **Dentofacial-Rev.Dent.Press.Ortodon Facial**.v.12,n5; (2007).

OGATA B, FEUCHT SA, LUCAS BL. Nutrição na Infância. In: **Mahan LK, Raymond JLK. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**.V. 14. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 314-330 (2018).

OSTENIO C, M. F, OLIVEIRA A, ALVES R, M. C, RIBEIRO R. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. **HU Rev** jan-mar; v.35n.4:59-64.(2009).

PESSOTTI, I.; e MORAES, A B A. **Psicologia aplicada a odontologia**. Campinas: Unicamp. . Acesso em: 11 jun. (2022). (1985)

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health

ROSE, J.S. Early loss of teeth in children. **BrDent J, Londres**, v.120, n.6, p.275- 280, Mar., (1966).

SILVA, A. C. F. Bullying e seus reflexos no ambiente escolar. **Revista Ilustração, Cruz Alta**, v. 2, p. 1, p.73-78.(2021).

SILVA.F.W.P.G.¹; QUEIROZ.¹A.M.; FREITAS.A.C.;ASSED.A.; Utilização do ionômero

UNGAR, A. L. Incidence and effects of premature loss of deciduous teeth. **Int J Orthod, Milwaukee**, v.24, p.613-621, July (1938).

WANDERLEY, M. T.; TRINDADE, C. P.; CORRÊA, M. S. N. P. Recursos protéticos em odontopediatria. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos**, . v.35, p.497-498.(1998).

WANDERLEY.M.T^I; WEFFORT.I. C.C.; KIMURA,J.S^I.; DE CARVALHO,P.Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** vol.68 no.3 Sao Paulo Jul./Set. (2014).

ZAVARONI. D.M. L.; VIANA.T.C.; Trauma e Infância : Considerações sobre a Vivência de Situações Potencialmente Traumáticas.; Psicologia: **Teoria e Pesquisa**, v. 31 n. 3,p. 331-338.(2015).