

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Especialização em Odontopediatria

Wendel Sandim Moura

**HIPOPLASIA EM SEGUNDO MOLAR DECÍDUO E NECESSIDADE DE
ESTABILIZAÇÃO PROTETORA:**

Relato de Caso

Uberlândia-MG

2022

Wendel Sandim Moura

**HIPOPLASIA EM SEGUNDO MOLAR DECÍDUO E NECESSIDADE DE
ESTABILIZAÇÃO PROTETORA:**

Relato de Caso

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSET, como requisito parcial como obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marília Rodrigues
Moreira

Área de Concentração: Odontologia –
Odontopediatria



Wendel Sandim Moura

HIPOPLASIA EM SEGUNDO MOLAR DECÍDUO E NECESSIDADE DE ESTABILIZAÇÃO PROTETORA:

Relato de Caso

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSET, como requisito parcial como obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Área de Concentração: Odontologia – Odontopediatria

Aprovada em 16/09/2022 pela banca constituída das seguintes professoras:

RESUMO

A hipomineralização do esmalte é uma formação incompleta da matriz orgânica do esmalte, cujos sintomas se apresentam como descoloração, perda parcial ou total do esmalte dentário associado a sensibilidade e cárie. Esses problemas podem ser causados por fatores locais e sistêmicos durante a formação do esmalte dentário. Este relato tem como objetivo relatar uma lesão grave de HSMD (hipomineralização em Segundo Molar Decíduo) com dor intensa no dente 75. O paciente tem 4 anos, e está sendo tratado na Clínica do Curso de Especialização do curso de Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia de Uberlândia MG. Clinicamente, o paciente apresentava manchas brancas e marrons, irregularidades na superfície do esmalte e cavidades no segundo molar inferior (75). A importância no tratamento da HSMD é devolver ao paciente a funcionalidade e restaurar as condições mastigatórias e remover sensibilidade dolorosa. Este paciente em questão não apresentava um nível tão alto de hipomineralização nos dentes citados, mas foi suficiente para o acometimento da lesão cariosa e a perda da estrutura, o tratamento visa a resolução inicial e prevenção de maiores danos. A longo prazo, o tratamento deve ser menos invasivo, para evitar desgaste excessivo, e poder restaurar a condição adequada da área oral. Cada paciente tem um certo nível de sensibilidade e cada caso tem sua própria especificidade ou dificuldade, cabendo ao especialista ficar atento para a seleção do tratamento mais adequado.

Palavras chave: Hipoplasia dental; Segundo molar; Dente decíduo; Estabilização protetora.

ABSTRACT

Enamel hypomineralization is an incomplete formation of the organic matrix of enamel, whose symptoms are presented as discoloration, partial or total loss of dental enamel associated with sensitivity and caries. These problems can be caused by both local and systemic factors during tooth enamel formation. This report aims to report a severe lesion of HSMD (hypomineralization of secondary primary molars) with intense pain in the teeth 75. The patient is 4 years old, and is being treated for his oral health in the outpatient clinic of the Specialization Course in Pediatric Dentistry courses of the Association Brazilian Dentistry in Uberlândia MG. Clinically, the patient had white and brown spots, enamel surface irregularities and cavities in the lower second molar. The importance of treating enamel hypomineralization is to restore functionality to the patient and restore normal conditions. This patient in question did not have such a high level of hypomineralization in the leaked teeth, but it was enough for the carious lesion to affect and the loss of structure, the treatment aims at the initial resolution and prevention, during the long term. In the long term, treatment should be less invasive, to avoid excessive wear and tear, and can restore the proper condition of the oral area. Each patient has a certain level of sensitivity and each case has its own specialty or difficulty.

Keywords: Dental hypomineralization; Second molar; deciduous tooth; Protective stabilization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. CASO CLÍNICO	11
3. DISCUSSÃO	14
4. CONCLUSÕES	18
5. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

A odontopediatria é muito importante na prevenção e manutenção de dentes fraturados ou lesionados na boca. As visitas regulares ao consultório odontológico são importantes para um melhor diagnóstico, prevenção e tratamento correto e para evitar possíveis problemas de mastigação, fonética e estética, contribuindo assim para o desenvolvimento da saúde bucal e da saúde geral das crianças e adolescentes (OKUNSERI, GONZALEZ, HODGSON, 2015).

O esmalte dentário é considerado o tecido mais calcificado e duro do corpo humano devido ao seu alto teor de sais minerais e sua natureza cristalina. Além da camada de esmalte, o dente é composto principalmente por dentina, que é composta por odontoblastos e substância intercelular (Afonso BO, Rezende GS, Volschan BCG., 2002).

Uma vez formado o esmalte, não há alteração (auto reparação), o que significa que as alterações que ocorrem em sua formação ficarão permanentemente registradas em sua estrutura, causando alterações denominadas “hipoplasias e hipomineralizações do esmalte” (Afonso BO, Rezende GS, Volschan BCG., 2002).

A hipomineralização do esmalte pode ser decorrente de causas sistêmicas, genéticas ou ambientais, que interferem na formação da matriz do esmalte e depósito e posterior maturação. Dentre as causas que podem lesar os ameloblastos e produzir hipomineralização, podem ser citadas: sífilis congênita, doenças exantêmicas, hipocalcemia, avitaminose, infecção ou trauma local, exposição a substâncias tóxicas (como flúor) e alterações neurológicas e metabólicas (Garcia D, Ramalho, LTO, 2001).

Como a hipomineralização ocorre durante a fase de formação da matriz do esmalte, é possível determinar o tempo aproximado em que ocorre a agressão, com base nas informações sobre a ordem cronológica do desenvolvimento dos dentes. A hipomineralização de origem sistêmica é chamada de "hipomineralização de ordem cronológica", uma vez que o defeito é encontrado nas áreas do dente onde a placa é formada onde ocorre o distúrbio sistêmico. (Afonso BO, Rezende GS, Volschan BCG., 2002).

Dentre as alterações que ocorrem durante a gravidez e o parto que podem levar a alterações no esmalte, destacam-se o trabalho de parto prolongado, com

duração superior a 24 horas; uso indiscriminado de ácido acetilsalicílico; parto prematuro, baixo peso ao nascer e má nutrição durante a gravidez; asfixia neonatal, trauma, distúrbios sistêmicos e poluição ambiental. Clinicamente, os dentes acometidos pela hipomineralização de esmalte apresentam rachaduras, depressões ou fissuras, com coloração que varia do amarelo claro ao marrom escuro (Gerlach RF, Souza MLR, Cury JÁ, 2000).

Em um estudo de Slayton et al. (2001) em 698 crianças entre quatro e seis anos, a hipomineralização foi observada em 6% da amostra. Segundo os autores, os dentes mais acometidos são inferiores (28%) e superiores (25%) segundos e inferiores (27%) e superiores (23%) molares. Em estudo realizado com 344 crianças entre um e quatro anos, observaram que a hipomineralização estava presente em 22,7% das crianças e que, diferentemente do estudo citado, a maior prevalência ocorreu no incisivo central superior (Aine, et al. 2000).

Um estudo de Li et al. (1995), com 1.344 crianças entre três e cinco anos, mostrou a ocorrência de hipomineralização em uma sequência de 22,2%, com os seguintes dentes acometidos: incisivo central superior (40,8%), incisivo lateral superior (39,2%) . , canino superior (25,7%), primeiro molar superior (22,1%) e primeiro molar inferior (18,5%), incluindo, em particular, a face vestibular desses dentes.

A primeira visita de uma criança ao consultório odontológico pode ser uma experiência desconfortável se não forem tomadas medidas para proporcionar conforto e confiança ao paciente. As técnicas de gestão do comportamento gerenciam e alteram o comportamento da criança para estabelecer uma relação entre a criança, os pais e o dentista e, assim, reduzir ou eliminar o medo e a ansiedade causados pela visita ao dentista (WILSON, 2013).

A ansiedade e o medo entre os pacientes pediátricos estão presentes na rotina da prática odontológica e dificultam a realização do tratamento clínico. Essa condição pode eventualmente levar o paciente a interromper o tratamento e, conseqüentemente, piorar a saúde bucal do paciente. Esse estresse muitas vezes está associado ao processo de socialização da criança, que muitas vezes é influenciado por eventos negativos que os pais relatam ou mesmo ameaças que eles fazem. Com o avanço da tecnologia, o atendimento odontológico tornou-se um serviço humanizado para que os profissionais possam lidar bem com os pacientes

pediátricos, alcançando uma boa relação paciente-profissional (BUSATO et al., 2016).

Na Odontopediatria, o cuidado de crianças não cooperativas é uma parte importante da prática, resultando em uma relação centrada no paciente. "Mostrar, falar, fazer"; reforço positivo; modelagem; controle de voz; e estabilização protetora são alguns dos métodos utilizados na prática para gerenciar o comportamento de pacientes pediátricos (VENKATARAGHAVANK et al., 2016). Acredita-se que o odontopediatra seja capaz de utilizar técnicas de manejo comportamental, porém, as respostas de cada criança em um mesmo procedimento variam, o que dificulta a realização e busca de resultados satisfatórios das técnicas (BRANDENBURG e HAYDU, 2009).

Um conceito importante do atendimento odontológico para crianças é comunicar antecipadamente aos pais estratégias de manejo comportamental, buscando sua participação nas decisões do tratamento, compreendendo os fatores relacionados ao atendimento odontológico, levando à redução do estresse e da ansiedade durante o atendimento (VENKATARAGHAVAN et al., 2016).

Quando os pacientes não aceitam o tratamento de condicionamento, impedindo a sequência do tratamento clínico, é necessário o uso da estabilização protetora, que é definida como a restrição de movimento feita pela criança em momentos de grande estresse. A estabilização protetora visa estabelecer um tratamento de qualidade com segurança em pacientes não cooperativos, para evitar lesões durante procedimentos odontológicos. Diante de uma situação de medo e estresse, a criança pode prevenir ou impedir a efetividade do processo utilizando movimentos bruscos e repetições com a finalidade de fuga e defesa (SHITSUKA et al., 2015).

Nas crianças em que é necessário o uso de estabilização protetora, existe uma correlação entre a ansiedade das mães e das crianças, que se manifesta como irritabilidade, falta de autoconfiança, hipersensibilidade emocional e menor capacidade de lidar com as dificuldades da criança. Dada a influência que as mães e pais exercem sobre seus filhos, é surpreendente que os sentimentos dos pais possam influenciar a percepção do filho sobre o tratamento odontológico (CARDOSO, LOUREIRO e FILHO. 2004).

A aceitação dos pais de estratégias de manejo comportamental geralmente é satisfatória e visa um melhor desenvolvimento do tratamento odontológico. Outros

fatores como: baixa renda, baixa escolaridade e pais que possuem filhos com algum tipo de transtorno mental são mais resistentes às técnicas de manejo, mas têm demonstrado um aumento na aceitação desses métodos, uma vez que seu principal objetivo é reduzir a ansiedade e diminuir a ansiedade e o estresse durante o cuidado (ELANGO, BAWEJA e SHIVAPRAKASH, 2012).

A estabilização protetora é feita com a ajuda dos pais e auxiliar de saúde bucal (ASB). O paciente é envolto com objetos como: lençóis, campos cirúrgicos, cintos de velcro ou semelhantes, para evitar o movimento tanto da cabeça quanto do corpo do paciente e para evitar lesões tanto da criança, quanto dos profissionais envolvidos durante o procedimento (FERREIRA et al., 2016). É importante ressaltar que a estabilização protetora pode ser executada como coadjuvante do tratamento, mas com cautela para evitar seu uso desnecessariamente, pois se for utilizada sem as devidas indicações, pode causar danos mentais e físicos aos pacientes (SHITSUKA et al., 2015).

O bom planejamento do manejo da dentição infantil com o objetivo de prevenir fatores preocupantes, com maior utilização de procedimentos já aceitos e estratégias que visem técnicas de brincadeiras são importantes, mas é necessário avaliar a eficácia dos procedimentos sugeridos, pois é possível que a reação de grande resistência ao tratamento, esteja relacionada a outras variáveis que não estejam diretamente ligadas ao contexto odontológico (FIORAVANTE et al., 2007)

O presente estudo tem como objetivo identificar um relato de caso de um paciente com HSMD na Clínica do Curso de Especialização do curso de Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia de Uberlândia, MG.

2. CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, quatro anos de idade, apresentou-se na Clínica de Especialização do curso de Odontopediatria da Associação Brasileira de Odontologia de Uberlândia, acompanhado de sua mãe. Durante a anamnese, houve relato de dano estético devido a cavidade e manchas amarelo-amarronzadas em dentes inferiores, e queixa de sensibilidade nestes dentes e, no exame clínico odontológico, uma lesão grave de HSMD (hipomineralização do segundo molar decíduo) observada nos dentes 75 e 85, e a dor intensa no dente 75.

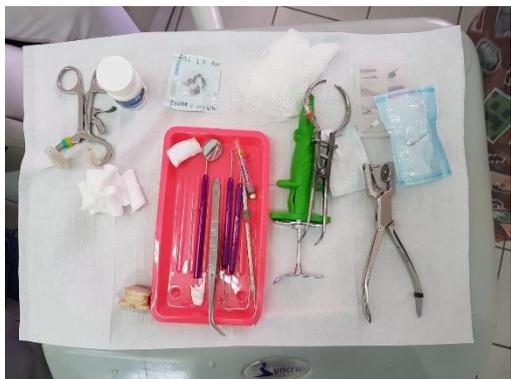
A criança apresentava dentes muito doloridos, estava chorando e estressada. Foi iniciada uma entrevista com a mãe para obter informações relacionadas ao caso, bem como todas as informações referentes à história médica atual e pregressa. Após o término da anamnese, iniciou-se uma discussão para determinar o estado da criança para que pudéssemos realizar o exame clínico e o tratamento. A criança não cooperou.

Conduzimos a criança para a sala de raio-X, onde mesmo usando várias técnicas de manejo comportamental, a criança não permitiu que o raio-X fosse feito. Por causa da situação de urgência e da dor que a criança estava sentindo, optamos por fazer o tratamento inicial mesmo sem radiografia. Retornamos à cadeira odontológica para anestésiar e realizar o procedimento restaurador específico do caso. Nesse momento optou-se pela técnica da estabilização protetora, para proteção tanto da criança, quanto dos profissionais envolvidos.

A criança foi envolvida em um lençol de tecido e o mesmo foi fixado por fita crepe para maior segurança (Imagem 3). No primeiro momento, a criança continuava confusa, sem saber o que estava acontecendo e principalmente devido ao quadro doloroso. É muito importante relatar que durante toda a realização do procedimento, o dentista realiza o manejo comportamental, o que proporciona a segurança da criança.

Foi então realizado o procedimento anestésico: anestesia alveolar inferior do lado esquerdo, onde o anestésico utilizado foi alphacaína 100 (cloridrato de lidocaína com epinefrina 1: 100.000, 2%). O isolamento completo foi realizado com lençol de borracha e grampo nº 14 (o grampo foi amarrado com fio dental como medida de segurança) (Imagem 2).

Imagem 1 – Materiais utilizados para o procedimento odontológico



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

É importante relatar que após a anestesia, quando o anestésico suprimiu a sensação dolorosa, a criança parou de chorar e de se debater. Paralelamente à anestesia, o dentista mantinha contato verbal com a criança o tempo todo, usando técnicas de manejo comportamental para acalmá-la e mostrar que estava segura, que não estava mais com dor, que estava tudo bem. O contato visual foi estabelecido.

Foi realizada a assepsia do elemento dental com uma solução de clorexidina a 2% e a remoção seletiva de tecido cariado (RSTC) foi realizada com o auxílio de uma cureta de dentina. Uma broca esférica de aço nº 5 também foi usada, em um contra ângulo de baixa rotação, para auxiliar na remoção do tecido cariado das paredes circundantes (Imagem 2).

Imagem 2 – Realização da técnica operatória



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

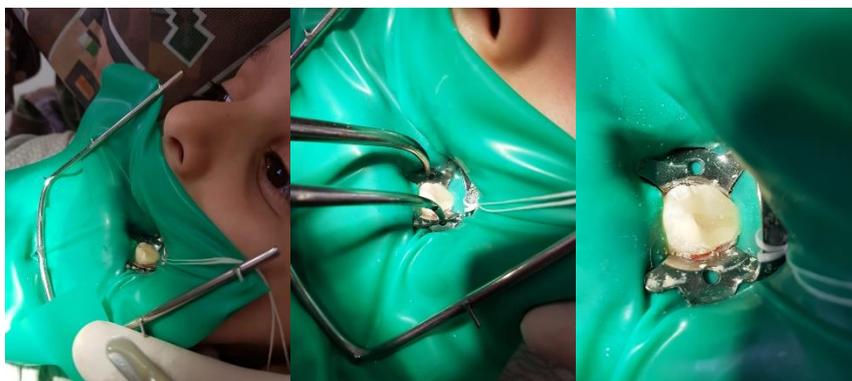
Imagem 3 – Realização da técnica operatória com auxílio da estabilização protetora



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

Após a remoção da dentina infectada, onde não houve exposição de tecido pulpar ou sangramento, foi aplicado CIV R (cimento ionômero de vidro modificado por resina) com espátula de inserção e fotoativado. Um ajuste oclusal foi realizado na restauração e a isolamento absoluto foi removido. (Imagem 4).

Imagem 4 – Dente de n. 75 após a técnica reparadora



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

Conforme mencionado anteriormente, este tratamento foi relatado para o dente 75 e havia uma condição semelhante no dente 85, mas ele estava assintomático e tratado na próxima sessão. E por fim, na imagem 5 é possível observar o paciente sem medo ao final da sessão. Quando a criança voltou da sessão seguinte para tratar

outro dente (85) não houve necessidade de estabilização, a criança já estava condicionada e deitou sozinha na cadeira odontológica e sua mãe observava de longe.

Imagem 5 – Fotografia ao final do procedimento odontológico com o paciente



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

3. DISCUSSÃO

O esmalte dentário é um tecido de origem ectodérmica, que reveste a coroa anatômica do dente, que é a estrutura mais mineralizada do corpo e a única de origem epitelial. Esse tecido é a única estrutura em que não ocorre remodelação após o início de sua formação, sendo os ameloblastos as células mais sensíveis a distúrbios sistêmicos (Kramer, 2002). Portanto, qualquer alteração em sua função normal será permanentemente registrada, produzindo, na maioria das vezes, uma deformidade visível do dente após a erupção.

Segundo Ribas (2004) a dureza aparente do esmalte se deve ao seu alto teor inorgânico (97%), representado por cristais de fosfato de cálcio na forma de hidroxiapatita, com teores de carbonato, sódio, magnésio, cloretos, potássio e flúor, dentro de 1% da base orgânica, matéria de proteínas, com poucos carboidratos e lipídios, e 2% de água. O esmalte dos dentes consiste em longas colunas - prismas de esmalte que são unidos por esmalte interprismático. Tanto os prismas quanto o esmalte interprismático são compostos por cristais de hidroxiapatita, diferindo apenas na orientação do cristal. A formação do esmalte dentário é um processo biológico complexo, mas bem integrado. Seu desenvolvimento é controlado por células

epiteliais, os ameloblastos, que expressam um importante conjunto de genes que incluem a produção de proteínas essenciais para a formação desse tecido dentário.

Segundo Chagas MS. (2007) os ameloblastos, ou seja, as células que formam o esmalte, no germe dentário em desenvolvimento são muito sensíveis a estímulos externos, e muitos fatores, tanto locais quanto sistêmicos, podem causar distúrbios do esmalte. Se ocorrer dano ao ameloblasto durante a fase de formação da matriz, pode haver uma diminuição ou falha na produção do esmalte, que, após calcificação e maturação, apresentando alterações em suas condições de normalidade, podendo gerar assim hipomineralizações e hipoplasias. Se a falha ocorrer na fase de maturação ou mineralização da matriz, pode causar hipocalcificação. Esta é considerada uma característica em que não há perda da estrutura do esmalte, mas alterações na sua cor e flexibilidade, o que também pode ser chamado de opacidade do esmalte. Portanto, a hipomineralização dentária é definida como uma formação incompleta ou defeituosa da matriz do esmalte e pode ser resultado de eventos que alteram a estrutura normal dessa matriz, causando deformidades e irregularidades em sua superfície. Pode ter origem genética ou ambiental e etiologia sistêmica ou local.

Na odontopediatria, é comum encontrar diversos tipos de comportamentos indesejados, causados por emoções como medo, ansiedade, irritação ou dor, que interferem no tratamento odontológico. Portanto, os odontopediatras necessitam em certas ocasiões, utilizar métodos não farmacológicos de gestão do comportamento para obter resultados positivos no tratamento de crianças (SILVA et al., 2016)

De acordo com GUPTA et al. (2014), a capacidade de comunicação das crianças é limitada e elas não conseguem expressar seu medo e ansiedade em palavras, expressam-se resistindo ao que foi sugerido como terapia. Para obter um bom resultado no tratamento odontológico para crianças, é necessário entender o estágio de desenvolvimento em que se encontram e, portanto, escolher o método adequado de manejo comportamental, que é utilizado de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (ALBURQUERQUE, 2010).

O comportamento de uma criança diante do dentista pode ser imprevisível, tendo em vista que existem fatores psicológicos associados ao tratamento. No

entanto, os odontopediatras devem considerar que cada pessoa tem uma reação diferente ao procedimento odontológico, pois as condições externas podem influenciar muito a cooperação durante o atendimento (SILVA et al., 2016).

Para SILVA et al. (2016) os pais têm um papel importante para orientar as crianças sobre a visita ao consultório odontológico, a fim de reduzir os danos psicológicos e a possível ansiedade em relação ao tratamento. O primeiro contato da criança com o odontopediatra deve ser considerado importante para desenvolver um bom relacionamento e confiança entre eles. SHITSUKA (2015) diz que em crianças que não cooperam ou não aderem ao manejo comportamental, é necessário o uso de contenção física/reforço de defesa, que é definida como uma ação para impedir a movimentação do paciente para reduzir os riscos. e obter melhores resultados durante o tratamento.

CARDOSO (2004) observou que a ansiedade odontológica surge ao olhar para as crianças, e discute a relação e o impacto do estresse materno em relação ao tratamento odontológico para crianças que necessitam do uso de contenção física. Um alto nível de estresse para mães e filhos, aliado a uma baixa capacidade de controle desse tipo de situação, influencia negativamente na percepção da criança sobre o tratamento odontológico.

Outra questão importante foi observada por Silva et al. (2016), o que reforça que o processo de contenção física é um método que deve ter autorização por escrito dos pais, a fim de evitar futuros problemas éticos e legais. Ressalta também que as estratégias preventivas, quando utilizadas corretamente, fazem com que a criança aceite o tratamento odontológico, ao constatar que os motivos para evitar o tratamento são ineficazes, assim, o paciente passará a desejar o tratamento futuro e o impacto psicológico será positivo.

FERREIRA, et al (2016) diz que a criança tende a se acostumar com a situação, e vê os métodos utilizados, tem uma melhora significativa em seu comportamento, e dá uma boa resposta quando se depara com a consulta contínua e o uso de técnicas de manejo comportamental, por isso não mostra nenhum sinal de trauma.

Dependendo da idade da criança e sua capacidade de compreensão da interação, o tratamento da polpa deve ser feito em uma única sessão, (Pinky, 2011).

Capiello (1964) descreveu um procedimento realizado em uma sessão em que obturações são colocadas na entrada dos canais radiculares e no fundo da câmara

pulpar de dentes decíduos com ou sem necrose pulpar. Essa pasta de preenchimento é composta por partes iguais de antimicrobianos: tetraciclina, cloranfenicol, óxido de zinco e eugenol, conhecida como pasta CTZ (González-Núñez, 2010).

O estudo baseou-se no acesso dos pacientes aos dados obtidos nos prontuários preenchidos durante a primeira consulta clínica para coleta de dados. O preenchimento incorreto ou a presença de dados desatualizados impediram o contato com todos os pacientes, resultando em perda da amostra. Além disso, o estabelecimento de critérios de inclusão rigorosos para construir uma metodologia capaz de responder aos objetivos, incluiu uma amostra menor do que a encontrada na literatura. Os achados, confirmados por outros estudos (Pereira C, et al. 2008) mostraram que os molares inferiores representaram mais da metade da amostra (69,4%) que recebeu tratamento pulpar com os materiais obturadores estudados.

Vale ressaltar que a hipomineralização do esmalte pode ser resultado de eventos sistêmicos, traumáticos, naturais ou genéticos que ocorrem durante o desenvolvimento dos dentes, que desorganizam a estrutura normal da matriz do esmalte, causando deformidades e irregularidades em sua superfície. Em geral, pode-se dizer que qualquer deficiência nutricional ou doença sistêmica grave pode ser capaz de produzir hipomineralização do esmalte, uma vez que os ameloblastos formam um dos grupos celulares mais sensíveis do corpo em termos de atividade metabólica (Ribas, et al. al. 2004).

4. CONCLUSÕES

A hipomineralização de esmalte em dentes decíduos pode ter causas sistêmicas onde o diagnóstico só pode ser feito através do exame de sintomas clínicos. No entanto, é importante que o cirurgião-dentista conheça a etiologia da hipomineralização do esmalte em dentes decíduos, sua associação com alterações no desenvolvimento do esmalte, alterações sistêmicas e antropométricas.

A correta indicação dos materiais restauradores e métodos de tratamento culmina no sucesso do procedimento e na função preventiva da saúde bucal, pois a restauração dos elementos dentários por si só não devolve a saúde ao paciente.

5. REFERÊNCIAS

Affonso BO, Rezende GS, Volschan BCG. **Hipoplasia de esmalte: uma alternativa conservadora de tratamento.** J BrasOdontopedOdontol Bebê 2002; 22(4):517-21.

Aine L, Backstrom MC, Maki R, Kuusela AL, Koivisto AM, Ikonen RS et al. **Defeitos de esmalte em dentes primários e permanentes de crianças nascem prematuramente.** J Oral Pathol Med 2000; 29(8):403-9.

BRANDENBURG, Olivia Justen; HAYDU, Verônica Bender. **Comportamento. Contribuições de Análise para Odontologia Pediátrica.** Psicologia Ciência e Profissão. Londrina. v.29, p.462-475. 2009

BUSATO, Paloma et al. **Influência da ansiedade materna na ansiedade infantil durante a assistência odontológica: estudo transversal.** Jornal Médico de São Paulo. São Paulo. abr, 2017.

CARDOSO, Cármen Lúcia; LOUREIRO, Sônia Regina; FILHO, Paulo Nelson. **Tratamento odontológico pediátrico: manifestações de estresse em pacientes, mães e estudantes de odontologia.** Braz. oral res. São Paulo, v.18, junho. 2004.

Chagas MS, Jacomo DRES, Campos UR. **Frequency of enamel hypoplasia on anterior permanent teeth after injury in their antecessors.**Arquivo Bras.de Odontologia. 2007

ELANGO, eu. BAWEJA, D.K.; SHIVAPRAKASH, P. K. **Aceitação parental de técnicas de gerenciamento de comportamento pediátrico: Um estudo comparativo.** J Indian SocPedod Anterior Dent. Índia, 3. ed. v.30, p. 195-200, dez. 2012.

FERREIRA, Rosilene et al. **Uso da contenção física como técnicas de manejo no tratamento de bebês odontológicos: Revisar a literatura.** Revista Gestão & Saúde. v. 14, n.1, p 31-36, 2016.

FIORAVANTE, Daniele Pedrosa et al .**A análise funcional de relacionamento paciente-profissional na odontologia pediátrica.** Estud. psicol. Campinas.v.24, n.2, Abr./Junho. 2007.

Garcia D, Ramalho, LTO. **Desenvolvimento do germe dental do hamster sob ação do ácido acetilsalicílico.** RevOdontol Unesp. São Paulo 2001; 30(1):31-41.

Gerlach RF, Souza MLR, Cury JA. **Esmalte odontológico com defeitos: de marcador biológico a implicações clínicas.**RevOdonto Ciência 2000; 15(31):87-102.

González-Núñez D, Trejo-Quiroz P, León-Torres C, Carmona-Ruiz D. **Técnica de endodoncia no instrumentada mediante el uso de la pasta CTZ.** Revista de Estomatologia 2010;18(2): 27-32.

Kramer RJ, Feldens CA. **Traumatismos na Dentição Decídua,** RJ:Ed.Santos;2002.

Li Y, Navia JM, Bian JY. **Prevalência e distribuição de defeitos de esmalte no desenvolvimento em dentição primária de crianças chinesas de 3 a 5 anos de idade.** Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23(2):72-9.

OKUNSERI,C., GONZALEZ,C., HODGSON, B. **Children's Oral Health Assessment, Prevention e Treatment.**Pediátrico Clin North Am.v.62, p.5 out 2015.

Pereira CV, Carvalho JC. **Prevalência e eficácia dos tratamentos endodônticos realizados no Centro Universitário de Lavras – MG – uma análise etiológica e radiográfica.** RFO 2008; 13 (3): 36-41.

Pinky C, Shashibhuhshan KK, Subbareddy VV. **Tratamento endodôntico de dentes primários necrosos utilizando duas combinações diferentes de drogas antibacterianas: um estudo in vivo.** Revista da Sociedade Indiana de Pedodontia e Odontologia Preventiva 2011; 29(2): 121-27.

Ribas AO, Czlusniak GD. **Anomalias do esmalte dental: etiologia, diagnóstico e tratamento,** Publicatio UEPG Ciências Biológicas e da Saúde 2004; 10(1): 23-36.

SHITSUKA, Rabbithlve Carolina Moreira et al. **Desenvolvimento e avaliação da eficácia da estabilização protetora na odontologia pediátrica: um estudo piloto.** RFO. Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 59-63, jan./abr. 2015.

SILVA, Livia Fernandes Pires, et al. **Técnicas de Gestão Comportamental não Farmacológica em Odontologia Pediátrica.** Cid. São Paulo 2016; 28(2): 135-42, mai-ago.

Slayton RL, Warren JJ, Kenellis MJ, Levy SM, Islam M. **Prevalência de hipoplasia de esmalte e opacidades isoladas na dentição primária.** Pediat Dentista 2001; 23(1):32-6.

VENKATARAGHAVAN, Karthik et al. **Pró-Ativação dos Pais em Técnicas de Gestão de Comportamento Aceitando: Um Estudo Avaliativo Transversal.** Journal of Clinical and Diagnostic Research. v.10, jul 2016.

WILSON, Stephen; DMD; MA; Doutorado. **Gestão do Comportamento do Paciente Infantil: Qualidade do Cuidado, Medo e Ansiedade e Paciente Infantil.** JOE . v.39, 2013.