

DESAFIOS DA REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL EM ODONTOPEDIATRIA

CHALLENGES OF AESTHETIC AND FUNCTIONAL REHABILITATION IN PEDIATRIC DENTISTRY

Juliana Moreira da Silva¹; Sandro Seabra Gonçalves²

RESUMO:

O tratamento reabilitador em pacientes pediátricos pode ser um desafio para a odontopediatria, visto que muitos podem apresentar baixa colaboração durante esse período e higienização deficiente. Além disso, o profissional que não tem conhecimento suficiente na área pode ter dificuldade na escolha do material reabilitador. Dessa forma, o objetivo do estudo foi demonstrar a importância da gestão comportamental durante o atendimento reabilitador em crianças, descrever sobre a reabilitação dentária e os materiais utilizados em odontopediatria e compreender a importância do controle de higiene por parte das crianças e dos seus responsáveis antes, durante e após a reabilitação. Realizaram-se pesquisas bibliográficas em artigos científicos e revistas localizadas em bancos de dado on-line como Pubmed, Scielo, dentre outros, além disso foram consultados livros. Concluiu-se que a gestão comportamental pode ser feita por métodos farmacológicos e não farmacológicos. Além disso, a escolha do material deve ser feita de forma individualizada e o sucesso da reabilitação estão inteiramente ligados com a manutenção da higiene oral, garantindo, assim, saúde bucal de qualidade e bem-estar.

Descritores: Higiene bucal; Comportamento; Reabilitação bucal; Odontopediatria; Assistência odontológica para crianças; Perda de dente.

ABSTRACT

Rehabilitative treatment in pediatric patients can be a challenge for pediatric dentistry, as many patients may have poor compliance during treatment and poor hygiene. In addition, professionals who do not have sufficient knowledge in the area may have difficulty choosing the rehabilitation material. Thus, it is crucial to demonstrate the importance of behavioral management during rehabilitation care in children, to describe dental rehabilitation and the materials used in pediatric dentistry and to understand the importance of hygiene control by children and their guardians before, during and after rehabilitation. Bibliographic research was carried out on scientific articles and journals located in online databases such as Pubmed, Scielo, among others, in addition, books were consulted. It was found that behavioral management can be done by pharmacological and non-pharmacological methods. In addition, the choice of material is made individually and the success of rehabilitation is entirely linked to the maintenance of oral hygiene, thus ensuring quality oral health and well-being.

Keyword: Oral hygiene; Behavior; Mouth rehabilitation; Pediatric dentistry; Behavior management; Dental care for children; Tooth loss.

1 Discente do 10^o período do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO – 2022.

2 Especialista em Ortodontia - UNIFESO, Mestre em Odontopediatria – UNIGRANRIO, Docente do curso de graduação em Odontologia – UNIFESO.

INTRODUÇÃO

O tratamento reabilitador é um desafio para a Odontopediatria, visto que, boa parte dos pacientes apresentam baixa colaboração durante o atendimento. Outros fatores também contribuem para um possível insucesso do tratamento, como por exemplo, poucos remanescentes dentários, baixa resistência de união dos sistemas adesivos nos dentes decíduos e dificuldade de execução de técnica (LOURENÇO *et al.*, 2016).

Os prejuízos causados pela perda dentária podem ocorrer na cavidade oral, como dor, infecção e diminuição da dimensão vertical; sistemicamente, como desnutrição e alteração da fonação; além de danos psicológicos, como bullying e baixa autoestima (ANIL; ANAND, 2017).

De acordo com Guedes-Pinto (2012), as perdas dentárias precoces decorrentes da doença cárie, traumatismos, doenças periapicais e/ou periodontais podem alterar a posição do dente no arco, tendo interferência direta na oclusão das dentições decídua, mista e permanente, pois existe o risco de alteração na dimensão vertical de oclusão e perda do comprimento do arco dentário. É de suma importância que o diagnóstico envolva a análise da dentição presente, seja ela decídua ou mista, a oclusão do paciente, as perdas dentárias e a análise radiográfica, avaliando detalhadamente os dentes em boca e o estágio de desenvolvimento dos elementos permanentes que irão irromper posteriormente.

Segundo Pineda, Osorio e Franzil (2014), nos estágios iniciais da doença cárie, o tratamento pode ser feito a partir do uso tópico de flúor. Nos casos em que a patologia está mais avançada, pode ser necessário o tratamento restaurador complexo, o tratamento endodôntico e até mesmo as exodontias. Em casos de perda que envolve grande parte da coroa dentária, pode ser necessária a confecção de retentores intracanaís, com o uso de pinos. Em relação aos recursos protéticos, podem ser utilizadas coroas, próteses fixas e próteses removíveis, tendo em cada uma dessas uma variedade de opções a serem escolhidas de acordo com a necessidade da criança (CORRÊA, 2017).

Através do avanço da odontologia no que diz respeito a novos métodos de reabilitação e prevenção de doenças bucais, ainda prevalece o medo e a ansiedade durante as consultas odontológicas, juntamente com um sentimento de insegurança durante os procedimentos. Isto ocorre porque a boca recebe estímulos agradáveis e desagradáveis, desde prazer e amor até agressão e dor, tendo importante participação no desenvolvimento psicológico durante a infância. Ao deparar-se com um problema dentário, o paciente pode sentir-se impotente, pois não consegue resolver sozinho e muitas das vezes, a única percepção é a dor. Diante disso, é necessário que o cirurgião-dentista tenha conhecimento do comportamento e desenvolvimento infantil, buscando uma boa relação dentista-criança e utilizando técnicas para controle de comportamento, com o intuito de sempre buscar a comunicação e educação em saúde (KLATCHOIAN, 1993).

Para o sucesso do tratamento reabilitador, é de suma importância que os responsáveis e as crianças sejam instruídos acerca da higienização das próteses, assim como, dos dentes remanescentes (GUEDES-PINTO, 2012).

Embora hajam muitos cirurgiões-dentistas e especialistas em Odontopediatria que atendam crianças, algumas vezes, ao se deparar com casos mais complexos, os profissionais sentem insegurança e medo ao realizar reabilitação oral nestes pacientes. Com isso, é de suma importância pesquisar e relatar formas adequadas de realizar a conduta terapêutica, propiciando um tratamento menos traumático e, logo, um prognóstico mais favorável, garantindo a manutenção da função e da estética do paciente.

OBJETIVOS

Objetivo primário

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica acerca dos desafios na reabilitação estética e funcional em pacientes da Odontopediatria.

Objetivos secundários

- Demonstrar a importância da gestão comportamental durante o atendimento reabilitador em crianças;
- Descrever sobre a reabilitação dentária e os materiais utilizados em odontopediatria;
- Permitir a compreensão da importância do controle de higiene por parte das crianças e seus responsáveis antes, durante e após a reabilitação.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de pesquisas bibliográficas em artigos científicos e revistas localizadas em bancos de dados on-line como Pubmed, Scielo, dentre outros, além disso, foram consultados livros. Visando uma busca eficiente e bem direcionada, foram utilizadas como palavras-chave: “Desafios na odontopediatria”, “Controle de comportamento na odontopediatria”, “Materiais estéticos na odontopediatria”, “Reabilitação na odontopediatria”, “Controle de higiene após reabilitação”, “Higiene na odontopediatria”. A pesquisa foi limitada aos artigos e livros publicados nas línguas portuguesa e inglesa com abrangência temporal entre os anos de 1993 e 2019.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Gestão comportamental

Pinto (2019) descreveu que o tratamento reabilitador em pacientes pediátricos pode ser um desafio para os cirurgiões-dentistas, isso devido a anatomia dos dentes decíduos, que apresentam coroas curtas, câmara pulpar extensa, proximidade dos cornos pulpares e esmalte fino, somado com a variedade dos materiais restauradores e suas aplicações clínicas. Além disso, o profissional pode apresentar diversas dificuldades na gestão comportamental da criança, assim como, no incentivo à mudança de hábitos alimentares e de higiene oral antes, durante e após o procedimento.

De acordo com Corrêa (2017), a comunicação é o pilar principal durante a gestão comportamental de um paciente pediátrico. Essa comunicação pode ser verbal e não verbal. Na comunicação verbal, o profissional deve utilizar tom de voz alegre e uma linguagem adequada para a idade da criança em atendimento. A comunicação não verbal é dada pela linguagem corporal, através do profissional demonstrando seus sentimentos juntamente com a utilização da comunicação verbal.

A gestão comportamental de uma criança ocorre ainda na sala de espera, em que o momento de aguardo deve ser tranquilo e ao cumprimentar, o profissional deve dirigir-se primeiramente à criança, utilizando de um linguajar que se adeque à faixa etária do paciente e, mesmo que a resposta seja negativa, o cirurgião-dentista deve sempre passar uma imagem de tranquilidade. Nesse momento inicial, algum contato físico também é importante, trazendo uma sensação maior de intimidade e aproximação entre as partes e, caso o paciente mostre-se retraído, dá-se continuidade normal ao atendimento (GUEDES-PINTO, 2012).

Durante o procedimento, algumas técnicas de gestão comportamental podem ser aplicadas, como a de falar-mostrar-fazer, em que o procedimento será explicado e demonstrado (utilizando os sentidos do paciente) para então atuar. Na etapa de falar, a linguagem a ser utilizada deve sempre acompanhar a faixa etária da criança. A etapa de mostrar, pode ser realizada juntamente com a modelagem, que se trata de uma técnica que utiliza de modelos para demonstrar os procedimentos que serão realizados no paciente (Figura 1 A e B); assim como, nessa etapa pode-se recorrer ao uso do espelho de mão (Figura 2), permitindo que a criança participe do processo (CORRÊA, 2017).

FIGURA 1 – A) etapa de mostrar sendo realizada com auxílio da modelagem para posterior realização do procedimento. B) procedimento sendo realizado.



FONTE: própria autora.

FIGURA 2 – utilização de espelho para participação da criança



FONTE: própria autora.

É de suma importância mostrar ao paciente que ele, através de gestos como levantar a mão em um momento desconfortável (Figura 3), tem controle da situação, mostrando que seus sentimentos são importantes, proporcionando mais confiança durante o procedimento (KLATCHOIAN, 1993).

FIGURA 3 – paciente levantando a mão em momento de desconforto



FONTE: própria autora.

Em pacientes que não respondem positivamente às técnicas anteriores, pode-se fazer uso do controle de voz, chamando sua atenção e impondo limites, retirando o foco da criança do comportamento inadequado e indicando a presença de uma autoridade. Nesses casos, pode-se negociar a presença dos pais durante o procedimento, mostrando novamente a autoridade que possui o profissional, no entanto, essas técnicas não devem ser realizadas em pacientes menores de três anos de idade, já que não têm capacidade suficiente para entender o processo. Nos pacientes que estão na primeira infância ou portadores de necessidades especiais, pode-se recorrer ao uso de estabilização protetora, limitando os movimentos por meio de artifícios ou realizada por uma pessoa, sendo este método explicado detalhadamente aos pais e com assinatura de termo de consentimento para sua realização (CORRÊA, 2017).

As técnicas de controle de comportamento não farmacológicas, em geral apresentam bons resultados. Entretanto, em algumas situações os pacientes podem manter-se resistentes ao tratamento, sendo necessário, a inserção de outras medidas terapêuticas, como medicações, que podem garantir a diminuição dos comportamentos aversivos (POSSOBON, 2000). A sedação consciente permite que o paciente esteja em estado de relaxamento, sendo possível responder a estímulos, no entanto, para algumas medicações é fundamental controlar a dose. Pode ser feita com uso de óxido nitroso, barbitúricos, hidrato de cloral, opióides, anti-histamínicos, fenotiazinas e benzodiazepínicos (AZEVEDO, 2006).

Ao final do procedimento, se o paciente foi colaborador, é importante elogiá-lo, mostrar afeto e gratidão ou até mesmo presentear-lo (Figura 4), mostrando que os objetivos foram alcançados e ele manteve-se colaborador (KLATCHOIAN, 1993). Durante o procedimento também é válido elogiar quando o comportamento foi positivo, mostrando assim, como é o tipo de comportamento desejado durante o atendimento (CORRÊA, 2017).

FIGURA 4 – paciente sendo presentada após colaboração positiva durante o procedimento



FONTE: própria autora.

2. Reabilitação em odontopediatria

No passado, dentes com extensa destruição eram extraídos, sem meio algum de manter o espaço ou reestabelecer a estética, causando diversos prejuízos à saúde da criança, como perda de dimensão vertical, impulso da língua e respiração oral, tendo interferência direta na oclusão do paciente (SADANA *et al.*, 2017). Outra causa de perdas dentárias precoces bastante comum em pacientes pediátricos é o traumatismo dentário, visto que, crianças participam constantemente de atividades recreativas e esportivas. Além disso, pacientes portadores de determinados tipos de oclusão (Classe II de Angle divisão 1, Classe I de Angle, mordida aberta e protrusão de incisivos) e com falta de selamento labial estão mais propensos a sofrerem traumatismos dentários (GUEDES-PINTO, 2012). Segundo Corrêa (2017), as perdas dentárias precoces podem ocasionar além de perda de dimensão vertical, diminuição do comprimento da arcada e inclinação dos dentes adjacentes, há outros prejuízos que podem ocorrer, como alteração da capacidade mastigatória, alteração na fonética, hábitos deletérios e desordens psicológicas devido o prejuízo na estética.

Mediante a necessidade em manter um elemento dentário em sua função normal na cavidade oral, diversas técnicas de restauração foram inovadas, além da utilização de recursos protéticos para reabilitação estética e funcional da criança (SADANA *et al.*, 2017).

Dentes decíduos com extensa destruição coronária, que necessitam de tratamento endodôntico para posterior reabilitação, em alguns casos não podem receber diretamente a prótese, pela falta de estrutura dentária. Nesses casos, pode ser necessária a construção de uma retenção intracanal em até 1/3 da raiz para que não interfira na reabsorção do elemento. Esses reforços podem ser confeccionados com uso de pinos da FKG (parafusados ou cimentados), pinos de fio ortodôntico (na forma de letra grega alfa ou gama), pinos metálicos com macrorretenções, fita de polietileno com resina composta, pino de dente natural (“Banco de Dentes Hu-

manos”), confecção de pinos e núcleos com a própria resina composta e pino de fibra de vidro (mais utilizado). Após a escolha da retenção a ser realizada, é feito um núcleo com resina composta e depois o elemento pode ser reabilitado (CORRÊA, 2017).

2.1 Utilização de coroas dentárias

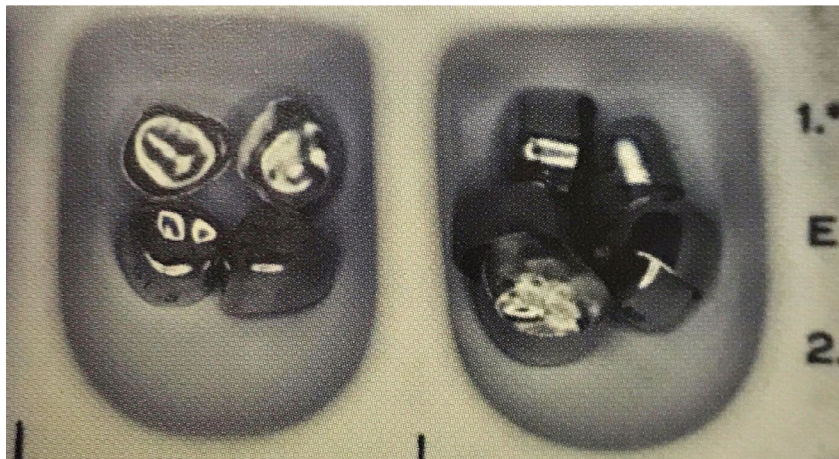
Pacientes com indicação de instalação de coroas são aqueles que apresentam lesões de cáries extensas (necessitando ou não de tratamento endodôntico), hipoplasia de esmalte, amelogênese imperfeita e fratura dentária (DISCEPOLO; SULTAN, 2017). Entretanto, é necessário que o paciente seja instruído acerca da higiene oral adequada, visto que, o sucesso do tratamento está diretamente ligado a um periodonto saudável juntamente com uma boa adaptação marginal da coroa (BELDUZ; YIMAZ, 2014).

2.1.1 Coroas de aço inoxidável e coroas de aço facetadas

As coroas de aço inoxidável são uma alternativa viável para a reconstrução da forma e função de dentes posteriores, já que apresentam baixo custo e boa durabilidade. Por ser uma coroa pré-fabricada, pode haver dificuldade em obter uma adaptação cervical adequada, ajuste oclusal satisfatório e estabelecimento de ponto de contato, fazendo com que muitos profissionais não considerem a sua utilização (GUEDES-PINTO, 2012; CORRÊA, 2017).

O sucesso do tratamento tem correlação com a seleção da coroa que melhor se adapta (Figura 5), o preparo adequado do dente, o ajuste da coroa de aço inoxidável, e a cimentação (GUEDES-PINTO, 2012). A escolha do cimento a ser utilizado deve ser feita criteriosamente, já que é um fator importante na redução da microinfiltração marginal e na obtenção de um isolamento marginal satisfatório (DISCEPOLO; SULTAN, 2017).

FIGURA 5 – kit de coroas de aço inoxidável



FONTE: CORRÊA (2017).

E casos em que a durabilidade precisa ser somada à estética, as coroas de aço facetadas são opções viáveis, elas são coroas de aço com uma camada de resina nas faces vestibulares e oclusais dos molares decíduos (Figura 6). A coroa de aço facetada apresenta como vantagem em relação à coroa de aço, a oclusão, já que a superfície de resina não apresenta tanta lisura superficial como a de aço, facilitando também nos ajustes oclusais que podem ser realizados mais facilmente, além de ter o recorte cervical mais satisfatório (CORRÊA, 2017). Como desvantagem, essas coroas apresentam um custo mais elevado e em alguns casos, podem perder o revestimento estético, sendo motivo de insatisfação e frustração (BEATTIE *et al.*, 2011).

FIGURA 6 – coroas de aço facetadas

FONTE: CORRÊA (2017).

2.1.2 Coroas de policarbonato e coroas de zircônia

As coroas de policarbonato são amplamente utilizadas em dentes anteriores decíduos com ampla destruição coronária, visto que para sua instalação é necessário realizar um preparo muito extenso no elemento dentário (ANDRADE; GUEDES-PINTO, 2017). Apresentam como desvantagem a má adaptação cervical, dificultando a higienização adequada, podendo gerar gengivite e deterioração da margem gengival. Já como vantagem, possui baixo custo, técnica prática e estética favorável (CORRÊA, 2017). As coroas pré-fabricadas mais utilizadas são as de zircônia, que apresentam como vantagem os vários tamanhos disponíveis (Figura 7), diminuindo assim, o tempo de trabalho, além de apresentar uma estética favorável, em contrapartida, as desvantagens são o alto preço, dificuldade de adaptação e resistência maior que a do elemento dentário (ASHIMA *et al.*, 2014).

FIGURA 7 – coroas de zircônia da marca kinder

FONTE: CORRÊA (2017).

2.1.3 Coroas de acetato

As coroas de acetato são utilizadas como instrumento para auxiliar na reconstrução de dentes com resina composta (Figura 8), por isso, apresentam bom resultado estético. A quantidade, principalmente de esmalte remanescente vai determinar o quanto a coroa será retentiva (WAGGONE; COHEN, 1995). As coroas de acetato devem apresentar a adaptação correta na margem do preparo e um orifício para a drenagem do material (evitar bolhas). A remoção dos excessos de resina deve ocorrer antes da polimerização, facilitando o trabalho do operador no acabamento (ANDRADE; GUEDES-PINTO, 2017).

FIGURA 8 – coroas de acetato



FONTE: CORRÊA (2017).

2.1.4 Coroa indireta de resina composta

A coroa indireta é uma excelente opção para a reabilitação de dentes decíduos com destruições extensas, até mesmo pelo tempo de consulta que será reduzido, gerando mais conforto para a criança e para o profissional (TAMAY *et al.*, 2003).

2.1.5 Coroas de dente natural

Dentes naturais são encontrados em bancos de dentes e são uma opção para reabilitar elementos com extensa destruição. Apresenta como vantagens o custo, estética e tempo de consulta reduzido. Em contrapartida, as desvantagens encontradas são a dificuldade em adquirir dentes com características desejadas, além disso, o fato de o elemento dentário ser advindo de outra pessoa pode, em alguns casos não ter boa aceitação por parte dos responsáveis. Entretanto, é importante ressaltar que esses dentes passam por um processo rigoroso de esterilização, não correndo risco de transmissão de qualquer doença (SHANTI *et al.*, 2013).

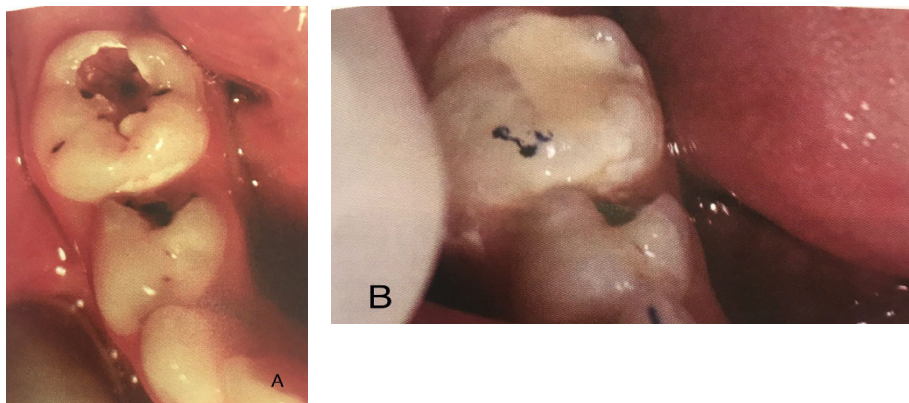
2.2 Restaurações dentárias

De acordo com Corrêa (2017), algumas lesões cáries em esmalte podem ser paralisadas por meio de opções não invasivas como vernizes fluoretados, selantes e Diamino Fluoreto de Prata. Entretanto, quando há dificuldade de controle do biofilme, impossibilidade de paralização da cárie pelos métodos citados anteriormente, evolução das lesões de cárie podendo haver comprometimento pulpar, é necessário recorrer aos procedimentos restauradores para devolver função e estética ao elemento (TINANOFF; DOUGLASS, 2001).

O cimento de ionômero de vidro é aplicado como meio restaurador de elementos decíduos, pois apresenta vantagens como possibilidade de prevenir lesões cáries, ligação química aos substratos dentários, biocompatibilidade e coeficiente de expansão térmica semelhante ao do dente (GLASSPOOLE; ERICKSON e DAVIDSON, 2002; RAGGIO et al., 2016). A longevidade do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade nas restaurações em superfícies oclusais e ocluso proximais, faz com que o tratamento restaurador atraumático seja semelhante nesse quesito com as restaurações em resina composta e amálgama (AMORIM; LEAL e FRENCKEN, 2012).

Corrêa (2017) enfatizou que a não necessidade de utilização de motores no tratamento restaurador atraumático com cimento de ionômero de vidro, valoriza ainda mais o seu uso na odontopediatria, já que traz mais conforto para o paciente (Figura 9 A e B).

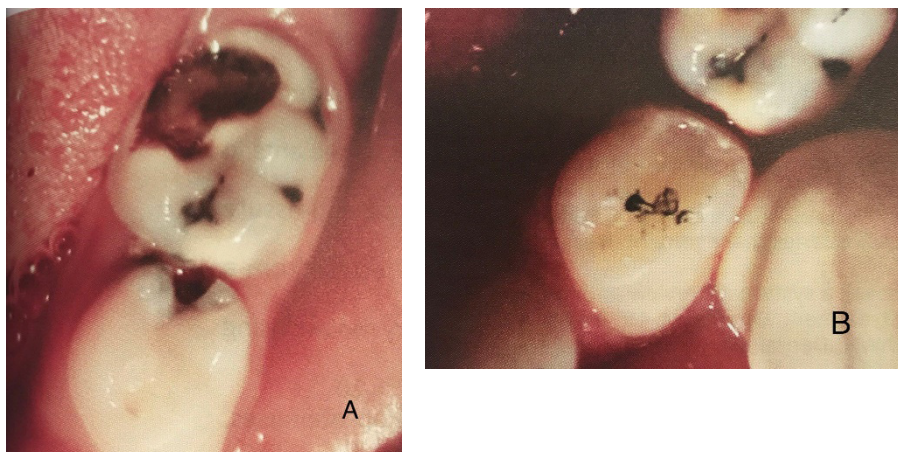
FIGURA 9 – A) aspecto inicial da lesão de cárie em dentina no elemento 85. B) aspecto final da restauração com cimento de ionômero de vidro sem a utilização de motor.



FONTE: CORRÊA (2017).

Nas lesões atípicas que acometem mais de duas superfícies dentárias, o tratamento restaurador mais indicado é com resina composta, já que apresenta boa resistência mecânica. Cabe ressaltar que a escolha do material vai depender da aceitação do responsável, da habilidade do profissional e da cooperação da criança durante o procedimento (Figura 10 A e B) (CORRÊA, 2017).

FIGURA 10 – A) aspecto inicial da lesão de cárie. B) aspecto final do elemento com restauração com resina composta após checagem da oclusão.



FONTE: CORRÊA (2017).

O uso de ácido fosfórico antes da aplicação do sistema adesivo é mais indicado do que somente uso de sistemas adesivos autocondicionantes, já que apresenta melhor adesão do material à estrutura dentária (LENZI; BRAGA e RAGGIO, 2014). Porém, os dentes decíduos apresentam menor quantidade de minerais em suas dentinas, podendo ser mais susceptível a reações, como a formação de uma camada híbrida 30% mais espessa, tendo interferência direta na longevidade do tratamento, resistência de união e nanoinfiltração (NÖR et al., 1997; SARDELLA et al., 2005; LENZI; BRAGA e RAGGIO, 2014).

Mediante a baixa colaboração da maioria dos pacientes pediátricos, principalmente os que estão na primeira infância, técnicas mais facilitadas podem ser uma boa opção de tratamento, como é o caso das resinas buck-fill, que não dependem de colocação em incrementos como na técnica convencional e podem ser aplicadas com até 5 mm de espessura. Diferenciam-se das resinas convencionais também, no que diz respeito à maior translucidez e menor taxa de contração de polimerização, característica essa que quando em alta taxa, como nas resinas convencionais, podem formar fendas entre a restauração e o elemento, maior motivo de falha das restaurações com resina composta (CARVALHO et al., 2012; KUPER et al., 2015).

2.3 Prótese fixa

2.3.1 Prótese fixa com cursor

A prótese fixa com cursor pode ser utilizada para reabilitar pacientes pediátricos que apresentam ausência de um ou mais dentes anteriores e que não se adaptam ao uso de próteses removíveis. Os dentes ao lado do espaço protético recebem coroas (Figura 11 A, B e C). Deve-se manter atenção ao número de dentes que servirão como pilares e o número de dentes faltantes no espaço protético e que serão substituídos, para não gerar esforço excessivo aos dentes de suporte, sendo necessário ter atenção ao excesso de força mastigatória (CORRÊA, 2017). De acordo com Pinto (2019), em caso de trauma, o dente avulsionado pode ser usado como pântico, mantendo as mesmas características dos outros elementos dentários, reduzindo também o custo.

FIGURA 11 – A) paciente com ausência dos elementos 51 e 61 por traumatismo. B) prótese fixa com cursor em resina. C) prótese fixa com cursor cimentada.



FONTE: CORRÊA (2017).

2.3.2 Prótese fixa em cantiléver

A prótese fixa em cantiléver é indicada quando o paciente apresenta a perda de um elemento dentário. Assim, os dentes ao lado do espaço protético receberão um preparo, e o elemento a ser substituído estará na prótese como um pântico em cantiléver (WANDERLEY; TRINDADE e CORRÊA, 2010).

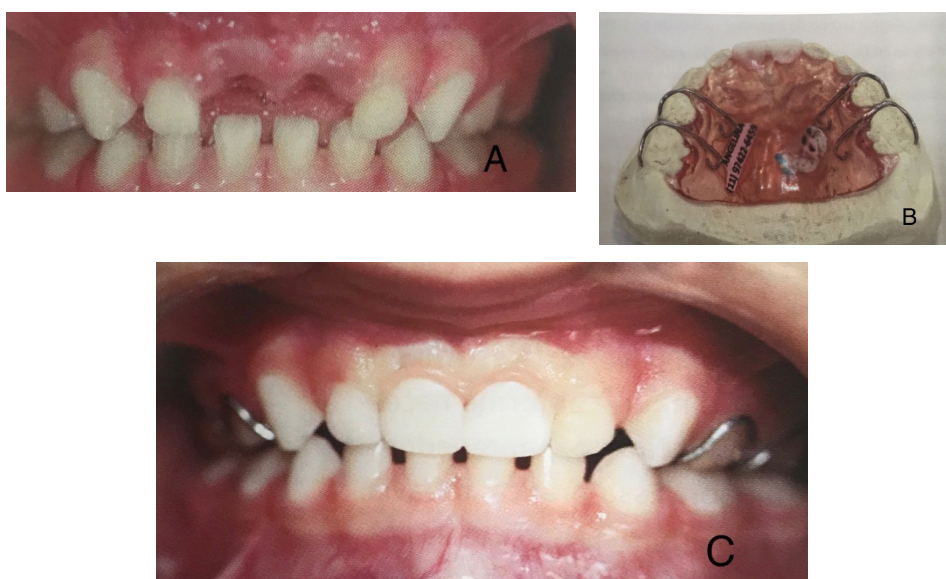
2.3.3 Prótese adesiva direta

Na prótese adesiva direta, um único elemento pode ser reabilitado com uso de uma tira à base de fibra de polietileno. O elemento de resina composta ou natural é afixado nas proximais dos dentes adjacentes com resina composta e a tira de polietileno é afixada em sua face palatina ou vestibular e nas proximais dos elementos ao lado do espaço protético. Caso a fita for afixada na palatina, pode não oferecer retenção suficiente, podendo servir apenas como prótese provisória (CORRÊA, 2017).

2.4 Prótese removível

Os pacientes que possuem muitas perdas dentárias precoces, podem usar mantenedores de espaço estético-funcionais, que são próteses removíveis com a finalidade de reestabelecer a estética e a função do paciente, além de manter o espaço. Entre as vantagens desse tipo de prótese estão a possibilidade de reabilitar vários dentes num único aparelho, permitindo instalar outros dispositivos que ajudarão na oclusão e na má posição da língua, recuperação da dimensão vertical de oclusão, execução simplificada e facilidade de higienização da prótese por parte dos responsáveis (Figura 12 A, B e C). Como desvantagem, é possível notar o abalo emocional, a baixa aceitação e colaboração das crianças, principalmente aquelas que ainda utilizam mamadeiras ou chupetas. Com o passar do tempo, as arcadas alteram o tamanho, sendo necessário a avaliação temporária para possível troca da prótese ou instalação de um expansor. Para os pacientes que perdem todos os elementos dentários, como em alguns casos de cárie precoce da infância, a única opção disponível para reabilitá-lo é a utilização de prótese total, que nos casos de boa aceitação pode ser excelente aliada na elevação de autoestima da criança (CORRÊA, 2017).

FIGURA 12 – A) paciente com ausência dos elementos 51 e 61 por traumatismo. B) prótese parcial removível no modelo de gesso. C) resultado da prótese parcial removível.



FONTE: CORRÊA (2017).

3. CUIDADOS COM A HIGIENE

O uso de próteses altera o biofilme tanto qualitativamente quanto quantitativamente, deixando o paciente mais propenso à cárie dentária e as doenças periodontais (FONSECA, AREIAS, FIGUEIRAL, 2007).

Os responsáveis devem ser instruídos acerca da dieta da criança, evitando alimentos de consistência endurecida. Por sua vez, deve-se realizar acompanhamento periódico afim de avaliar as condições da prótese, se o crescimento maxilar se mantém normal e se há o impedimento da erupção dos dentes permanentes, assim como, estabelecer seu estágio de erupção (GUEDES-PINTO *et al.*, 1999).

Na consulta inicial é importante a instrução de higiene oral, tanto para a criança, de forma que possa entender sua importância, como para os responsáveis, já que muitos pacientes pediátricos não apresentam destreza manual satisfatória para realizar sua própria escovação (Figura 13). Durante a reabilitação e após sua finalização é relevante reforçar as técnicas de higiene, destacando a importância da limpeza não só dos dentes, mas das próteses instaladas (GUEDES-PINTO *et al.*, 1999).

FIGURA 13 – instrução de higiene oral à criança e ao responsável



FONTE: própria autora.

A higienização adequada da prótese pode ser realizada por meio de controle químico, mecânico ou químico-mecânico, que é a combinação dos dois métodos. O método químico é realizado por meio da imersão da prótese em soluções que farão a limpeza da peça, tendo ação bactericida e fungicida, como os hipocloritos, peróxidos alcalinos, ácidos diluídos, enzimas e clorexidina. O método mecânico é realizado por meio da escovação, dentífricio e sabão neutro. No método químico mecânico faz-se a escovação e imersão da prótese em uma solução (CATÃO *et al.*, 2007).

A remoção do biofilme deve ser feita pela escovação, utilizando de meios químicos e mecânicos para controlar a placa bacteriana. Somado a escovação com dentífricio fluoretado e o uso do fio dental, antissépticos a base de clorexidina e óleos essenciais podem ser eficazes no auxílio da higiene oral, podendo reparar possíveis erros durante o controle mecânico, diminuindo a chance de cárie e doença periodontal (FILOGÔNIO *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

Os recursos protéticos são ótimas maneiras de reabilitar esteticamente e funcionalmente um paciente pediátrico, entretanto, os fatores como a troca de elementos decíduos por permanentes, dentição decídua presente na boca, higiene adequada e comportamento infantil podem apresentar-se como um desafio para os procedimentos reabilitadores. Guedes-Pinto (2012), enfatizou que o crescimento facial também é um fator a ser considerado no momento de planejar uma reabilitação, visto que, os pacientes pediátricos usuários de próteses necessitam sempre de acompanhamento periódico.

O tratamento odontológico em crianças consiste não só em reabilitá-lo, mas em permitir que consiga passar por procedimentos odontológicos pelo resto da vida com tranquilidade, por isso é tão importante que desde pequeno haja uma relação saudável com o cirurgião-dentista, que nesse momento pode utilizar de recursos para manejo do comportamento (KLATCHOIAN, 1993).

Visando o sucesso do tratamento reabilitador, em casos de coroas amplamente destruídas, os pinos de reforço/retenção são amplamente indicados, sendo o de fibra de vidro o mais utilizado, devido à facilidade de utilização e estética favorável (CORRÊA, 2017). Sadana *et al.* (2017), recomendaram os pinos de fibra de vidro para auxiliar na retenção da resina. Em contrapartida, Shanti *et al.* (2013) afirmaram que os pinos citados apresentam o valor elevado e a necessidade de habilidade por parte do profissional para sua utilização.

As coroas de aço podem apresentar desvantagens como a estética desfavorável, dificuldade de obtenção de contorno cervical satisfatório e adversidade ao realizar o ajuste oclusal (CORRÊA, 2017). Guedes-Pinto (2012) descreveu a possibilidade de deslizamentos oclusais devido alguns contatos prematuros obtidos pela dificuldade de ajustar a oclusão adequadamente. Pela criação de outros métodos reabilitadores, as coroas de aço tiveram seu uso abandonado por alguns profissionais, sendo raramente utilizadas.

Em busca de melhores resultados estéticos, a utilização de coroas de aço facetadas, as coroas pré-fabricadas, coroas indiretas de resina composta são mais utilizadas. A utilização de coroas de dentes naturais, mesmo que apresenta uma estética favorável, pode ser menos utilizada pela sua natureza, pois alguns responsáveis podem não aceitar a presença de um elemento dentário de outra pessoa na cavidade oral de seus filhos, além disso, outra dificuldade é o ajuste do dente ao preparo (CORRÊA, 2017). Com o intuito de facilitar o procedimento, Pinto (2019) ressaltou que as coroas dos dentes naturais podem ser previamente preparadas para posterior aplicação. Os autores citados anteriormente, também indicaram as coroas de resina construídas com o auxílio de coroas de acetato, com bons resultados estéticos e não relataram desvantagens em seu uso.

As restaurações dentárias na odontopediatria são realizadas, na maioria das vezes, com resina composta ou cimento de ionômero de vidro, entretanto, o cimento de ionômero de vidro tem melhor indicação, visto que, previne futuras lesões de cárie no elemento restaurado e nos elementos adjacentes, além de causar menor desconforto na criança, já que não necessita de anestesia, isolamento absoluto ou utilização de instrumentos rotatórios. Em relação as restaurações em dentes decíduos com a utilização de resina composta, cabe ressaltar que o material apresenta propriedades mecânicas favoráveis (CORRÊA, 2017). No entanto, Shanti *et al.* (2013), relataram que o material está amplamente associado a falhas, já que permanece por muito tempo na boca e sofre pressão do elemento dentário antagonista. Guedes-Pinto (2012), ressaltou que as restaurações com resina composta devem ser evitadas em regiões subgingivais e em pacientes que não apresentam higiene bucal adequada, já que as restaurações ficarão mais propensas a sofrerem infiltrações.

Para a reabilitação de mais elementos perdidos, pode-se recorrer ao uso de próteses fixas. Tanto a prótese fixa em cantiléver, quanto a prótese fixa com cursor devem receber uma higienização mais rigorosa, além de analisados os dentes decíduos que servirão como pilares, a oclusão e os hábitos deletérios do paciente. As próteses adesivas devem ser usadas como caráter provisório, visto que, a fita não apresenta retenção suficiente durante a mastigação (CORRÊA, 2017). De acordo com Pinto (2019), as próteses anteriormente citadas, com excessão das provisórias, se construídas com pânticos de dentes naturais, podem ficar mais brancas e opacas com o passar do tempo.

As próteses removíveis são amplamente indicadas no caso de perdas de mais elementos dentários, como nos casos de pacientes portadores de cárie precoce da infância. Segundo Pinto (2019), as próteses removíveis utilizadas em crianças são idênticas aos das utilizadas nos adultos. No entanto, diferentemente dos adultos, deve-se manter atenção especial ao crescimento maxilomandibular, sendo assim, necessária a troca da prótese mais vezes durante o passar do tempo, já que a utilização de expansores pode prejudicar o uso dos aparelhos (GUEDES-PINTO, 2012; CORRÊA, 2017).

A higienização adequada após a instalação da prótese é de suma importância, para que outras doenças não possam se instalar, como a cárie e doenças periodontais (GUEDES-PINTO, 2012; PINTO, 2019). Para o primeiro autor citado, o uso de escovação e dentifício nem sempre pode ser efetivo na limpeza da prótese, necessitando, por vezes, o uso de dentifício com clorexidina a 2%, aplicada diretamente na prótese ou usado como bochecho. No entanto, Catão *et al.*, 2007 sugeriram o uso de outras soluções químicas para auxiliar no controle químico mecânico, como hipocloritos, peróxidos alcalinos, ácidos diluídos e enzimas. No controle mecânico, como substância é indicado o sabão neutro. Primeiramente, os autores indicaram realizar o controle mecânico e depois imergir a prótese na solução, sem realizar o bochecho.

Os estudos de Azevedo (2006) indicaram que o sucesso do tratamento reabilitador em odontopediatria depende da relação dentista-paciente, acima de tudo a forma como o comportamento é gerido, por isso, pacientes pediátricos necessitam de um diagnóstico sobre o próprio tipo de comportamento, para que haja a elaboração de um plano de tratamento. Além disso, a autora retrata que na maioria dos casos, técnicas de gestão comportamental juntamente com anestesia local é suficiente para realizar o atendimento odontológico, no entanto, algumas crianças ainda podem apresentar aversão aos procedimentos, necessitando assim de medidas farmacológicas para controle de comportamento, sendo escolhidas de acordo com o caso de cada paciente, visto que não existe um sedativo ideal para todos os casos, devendo assim, a abordagem ser completamente individualizada.

Com base nos estudos observados e citados anteriormente, é fundamental que os pais ou cuidadores compreendam e colaborem para o controle da higiene bucal, a técnica adequada para o manejo do comportamento da criança e o planejamento e a execução do tratamento. O entendimento do processo, se faz necessário, pois trata-se de uma fase de adaptação e colaboração do paciente pediátrico durante as consultas odontológicas. Cabe ressaltar que essas condutas permitem a garantia da saúde bucal e a qualidade de vida até a fase adulta.

CONCLUSÃO

Com o presente trabalho, concluiu-se que perdas dentárias podem causar diversos impactos na vida da criança, sendo de suma importância reabilitá-la, o que pode significar um desafio para a odontopediatria. Por isso, é de suma importância que os profissionais tenham conhecimento acerca dos materiais propriamente ditos, do manejo de comportamento e da importância da higiene antes, durante e após a reabilitação estética e funcional.

A gestão comportamental inicia-se ainda na sala de espera e é dada continuidade durante o atendimento, sendo importante a utilização de técnicas de manejo do comportamento. Já em pacientes que não apresentam resposta positiva às técnicas não-farmacológicas, outras medidas terapêuticas mostraram-se eficientes, como os medicamentos.

No que diz respeito a escolha do material restaurador/reabilitador, ela deve ser feita de forma individualizada, levando em conta as necessidades do paciente e as propriedades de cada material.

Por fim, chegou-se à conclusão de que para o sucesso da reabilitação estética e funcional em pacientes pediátricos é necessária que seja realizada a manutenção da higiene oral, sendo importante que os responsáveis tenham conhecimento acerca da higienização da prótese e dos dentes, garantindo saúde bucal de qualidade e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, R.; LEAL, S.; FRENCKEN, J. Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. *Clin Oral Investig.*, v.16, n.2, p. 41-429, 2012.
- ANDRADE, D.; GUEDES-PINTO, A. *Textos Escolhidos de Odontopediatria*. 1.ed. Porto: U. PORTO edições, p.269-271, 2017.
- ANIL, S.; ANAND, P. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Pediatr*, v.5, p.157, 2017.
- ASHIMA, G.; SARABJOT, K.; GAUBA, K.; MITTAL, H. Zirconia crowns for rehabilitation of decayed primary incisors: an esthetic alternative. *J Clin Pediatr Dent.*, v.39, n.1, p.18–22, 2014.
- AZEVEDO, I. *Infantile behavior control: technique comparison and assessment*. Thesis (PhD in Dentistry – Area of Concentration: Pediatric Dentistry) – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, p. 140, 2006.
- BELDUZ, K.; Y, Y. Assessment of oral hygiene and periodontal health around posterior primary molars after their restoration with various crown types. *Int J Paediatr Dent.*, v.24, n.4, p. 303–313, 2014.
- BEATTIE, S.; TASKONAK, B.; JONES, J.; CHIN, J.; SANDERS, B.; TOMLIN, A., *et al*. Fracture resistance of 3 types of primary esthetic stainless-steel crowns. *J Can Dent Assoc (Tor)*, v.77, p. 1-7, 2011.
- CARVALHO, R.; MANSO, A.; GERALDELI, S.; TAY, F.; PASHLEY, D. Durability of bonds and clinical success of adhesive restorations. *Dent Mater*, v.28, n.1, p. 72-86, 2012.
- CATÃO, C.; RAMOS, I.; SILVA, J.; DUARTE, S.; BATISTA, A.; DIAS, A. Eficiência de substâncias químicas na remoção de biofilme em próteses totais. *Rev Odontol UNESP*, v.36, n.1, p. 53-60, jan.- mar, 2007.
- CORRÊA, M. *Odontopediatria na primeira infância*. 4ª ed., 1ª reimpr. São Paulo: Quintessence Editora, 2017.
- DISCEPOLO, K.; SULTAN M. Investigation of adult stainless steel crown longevity as an interim restoration in pediatric patients. *Int J Paediatr Dent.*, v.27, n.4, p. 247– 254, 2017.
- FILOGÔNIO, C., *et al*. Effect of vegetable oil (Brazil not oil) and mineral oil (liquid petrolatum) on dental biofilm control. *Braz Oral Res.*, v.25, n.6, p. 556-561, 2011.
- FONSECA, P.; AREIAS, C.; FIGUEIRAL, M. Higiene de próteses removíveis. *Rev Portug de Estomatol, Med Dent e Cir Maxilofacial*, v.48, n.3, p. 141-146, 2007.
- GLASSPOOLE, E.; ERICKSON, R.; DAVIDSON, C. Effect of surfasse treatments on the bond strength of glass ionomers to enamel. *Dent Mater*, v.18, n.6, p. 62-454, 2002.
- GUEDES-PINTO, Antônio Carlos *et al*. *Reabilitação bucal em odontopediatria: atendimento integral*. São Paulo: Santos, 1999
- GUEDES-PINTO, A. *Odontopediatria*. 8ª ed., 1. reimpr. São Paulo: Santos, 2012.
- KLATCHOIAN, D. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: SARVIER, 1993.
- KUPER, N.; MONTAGNER, A.; SANDE, F.; BRONKHORST, E.; OPDAM, N.; HUYSMANS, M. Secondary Caries Development in in situ Gaps next to Composite and Amalgam. *Caries Res.*, v.49, n.5, p. 63-557, 2015.
- LENZI, T.; BRAGA, M.; RAGGIO, D. Shortening the etching time for etch-and-rinse adhesives increases the bond stability to simulated caries affected primary dentin. *J Adhes Dent.*, v.16, n.3, p. 41-235, 2014.

- LOURENÇO NETO, N. et al. Oral rehabilitation in pediatric dentistry: a clinical case report. *Rev Gaúch Odontol*, v. 64, n. 1, p. 87-91, 2016.
- NÖR, J.; FEIGAL, R.; DENNISON, J.; EDWARDS, C. Dentin bonding: SEM comparison of the dentin sur-fasse in primary and permanente teeth. *Pediatr Dent.*, v.19, n.4, p.52-246, 1997.
- PINEDA, I.; OSORIO, S.; FRANZIL, L. Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria, *Ingá*, v. 19, n. 3, p. 51-55, Jul.-Set, 2014.
- PINTO, P. Reabilitação oral em Odontopediatria. Relatório de estágio (Mestrado Integrado em Medicina Den-tária) – Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra, p. 39, 2019.
- POSSOBON, R. Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico. [Dissertação] Piracicaba (SP), p. 339, 2012.
- RAGGIO, D.; TEDESCO, T.; CALVO, A.; BRAGA, M. Do glass ionomer cements prevent caries lesions in margins of restauration in primary teeth? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.*, v.174, n.3, p. 85-177, 2016.
- SADANA, G.; GROVER, R.; GUPTA, S.; ANJALI. Restoring Young Smiles Using Aesthetic Post: Two Case Reports. *IJCDC*, v.7, n.1, p. 5-912, 2017.
- SARDELLA, T.; CASTRO, F.; SANABE, M.; HEBLING, J. Shortening of primary dentin etching time and its implication on bond strength. *J Dent.*, v.33, n.5, p. 62-355, 2005.
- SHANTHI, M., *et al.* Biological restoration: a simple method for reconstruction of severely damaged primary anterior teeth. *Malaysian Dental Journal*, p. 1-5, 2013.
- TAMAY, T.; OLIVEIRA, L.; WANDERLEY, M.; RODRIGUES, C. Restaurações indiretas em resina compos-ta: técnica alternativa para reconstrução de molares decíduos. *J Bras Odontoped Odontol Bebê*, v.6, n.31, p. 188-94, 2003.
- TINANOFF, N.; DOUGLASS, J. Clinical decision-making for caries management in primary teeth. *J Dent Educ.*, v.65, n.10, p. 42-1133, 2001.
- WAGGONER, W.; COHEN, H. Failure strength of four veneered primary stainless-steel crowns. *Pediatr Dent.*, v.17, n.1, p. 36-40, 1995.
- WANDERLEY, M.; TRINDADE, C.; CORRÊA, M. Reabilitação protética e odontopediatria. In: CORRÊA, M. *Odontopediatria na primeira infância*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de autorização de uso de imagem da criança.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM
CRIANÇA/ADOLESCENTE**

Neste ato, Sabrina L. da Silva dos Santos, nacionalidade Brasileira estado civil Casada, portador da Cédula de identidade RG nº. 29.211.309-6 inscrito no CPF/MF sob nº 154.030.699-63 residente à Rua Thomas Costantino Netto nº 4, município de Bom Jardim Estado: RS, responsável pelo menor Valentina da Silva dos Santos, AUTORIZO o uso da imagem do mesmo em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada no trabalho "Desafios da reabilitação estética e funcional em pacientes da odontopediatria". Bem como, em todo o material de divulgação do referido trabalho: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, video-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem da criança/adolescente ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Bom Jardim, 24 de Setembro de 2022.

(assinatura) Sabrina

Nome: Sabrina Lopes da Silva

Telefone p/ contato: (21) 98159-2211