

## REABILITAÇÃO ORAL COM COROAS DE CELULOIDE EM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA – RELATO DE CASO

**Raynara Sales Laurenço<sup>1</sup>**  
**Vanessa de Sousa Soares<sup>1</sup>**  
**Jéssica Cristina Avelar<sup>2</sup>**  
jessicacavelar@hotmail.com

**ÁREA DE CONHECIMENTO:** Ciências da Saúde

### RESUMO

A cárie durante a primeira infância é uma condição debilitante para o desenvolvimento sadio de uma criança. É uma das doenças crônicas mais prevalentes no público infantil e pode repercutir em aspectos sociais, funcionais, nutricionais e psicológicos que acarretam consequências secundárias e até permanentes. Enfrentado por um grande número de crianças, principalmente as mais desfavorecidas social e economicamente, é associada também a dieta demasiadamente açucarada, déficit na higienização bucal e susceptibilidade do hospedeiro. A evolução da doença se dá de forma rápida e progressiva na primeira dentição, e pode resultar em uma total destruição dos dentes decíduos. Assim, compromete a saúde bucal e a qualidade de vida da criança. O objetivo do presente trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente pediátrica, que compareceu na Clínica Odontológica da Faculdade Univértix, apresentando o quadro de Cárie Precoce da Infância. O tratamento multidisciplinar realizado contou com as áreas da Dentística, da Cirurgia e da Ortodontia. Os resultados parciais obtidos evidenciaram a melhora na saúde bucal da criança, além de resultados estéticos satisfatórios, que interferiram diretamente na qualidade de vida da mesma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontopediatria; reabilitação bucal; saúde bucal.

### 1- INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma das patologias mais recorrentes na infância, sendo vista como uma grande problemática para a saúde pública, especialmente em crianças pré-escolares (ALKARIMI *et al.*, 2012; LOSSO *et al.*, 2009). No Brasil, os dados de um levantamento epidemiológico em saúde bucal demonstraram que, aos 5 anos de idade, cerca de 53,5% das crianças já apresentavam alguma experiência de cárie dentária (BRASIL, 2010).

---

<sup>1</sup> Acadêmias do 10º período do curso de Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

<sup>2</sup> Graduada em Odontologia. Mestre em Clínica Odontológica - UFJF. Especialista em Ortodontia – UFJF. Especialista em Odontologia Legal - UFJF. Doutoranda em Saúde pela UFJF. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) (2014), a Cárie Precoce da Infância (CPI) é definida como a presença de um ou mais dentes cariados (com lesões cavitadas ou não), ausentes (devido à cárie) ou restaurados em crianças de até 71 meses de idade. Em crianças menores de 3 anos de idade, qualquer superfície dental lisa, que esteja cariada é indicativo de Cárie Severa da Primeira Infância (CSPI). Também é considerada CSPI se dos 3 aos 5 anos de idade a criança apresentar mais de 4 superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos de idade, respectivamente.

Trata-se de uma doença de etiologia multifatorial embasada na interação de fatores como: dente suscetível (substrato), microorganismo potencialmente patogênico e dieta, que são influenciados pela interação de múltiplos fatores socioeconômicos e ambientais. Todos os fatores devem ser considerados inter-relacionados, não podendo considerar a relação direta de um único fator determinante (JAIN *et al.*, 2015; WULAERHAN *et al.*, 2014).

O processo de desenvolvimento da lesão cariada é caracterizado pela redução de minerais do tecido dentário, em consequência do desequilíbrio no processamento dinâmico e fisiológico de desmineralização e remineralização (GIONGO e BAVARESCO, 2014; INAGAKI *et al.*, 2017). O aspecto clínico inicial é caracterizado por uma mancha branca, opaca e sem cavitação. A presença do biofilme sobre a superfície cariada contribui para a perda mineral e o avanço da lesão, podendo atingir um grau mais elevado e formação de uma cavidade na superfície dentária, e em estágios mais avançados pode acarretar a perda precoce dental (INAGAKI *et al.*, 2015).

A evolução da doença cárie pode abranger: dor, comprometimento estético e psicossocial, insônia e dificuldade de mastigação (fatores capazes de promover mudanças comportamentais e declínio no rendimento escolar) e problemas sistêmicos (retardamento no crescimento e baixo peso corporal, devido a uma possível dor e desconforto durante a alimentação). Além disso, crianças com histórico de cárie na dentição decídua são mais propensas a desenvolverem lesões cariosas na dentição permanente, impactando negativamente na qualidade de vida com efeitos cumulativos ao longo dos anos (ALKARIMI *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2014).

Frente a esta problemática, o trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente pediátrica atendida na Clínica Odontológica da Faculdade Vértice/UNIVÉRTIX– Campus Matipó – MG.

## **2- FUNDAMETAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A cárie dentária**

A cárie dentária é uma doença dinâmica estabelecida pelo consumo de sacarose e associada ao acúmulo de biofilme, tendo como efeito cumulativo, o desequilíbrio nos processos de desmineralização e remineralização dos tecidos dentários (PITTS *et al.*, 2019). Às lesões de cárie em crianças menores de 6 (seis) anos, denominam-se Cárie Precoce da Infância. Segundo dados da AAPD (2019), a cárie dentária em dentes decíduos afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública devido ao seu impacto na qualidade de vida e comprometimento funcional do sistema estomatognático (HANNA; NOGUEIRA; HONDA, 2007).

É um processo patológico localizado, progressivo, de origem externa e multifatorial (LOPES *et al.*, 2014). Vários elementos influenciam no surgimento da doença, sendo eles classificados como causas primárias e secundárias. As causas primárias ou essenciais são: hospedeiro, microorganismos e o substrato, sendo esses fundamentais para instalação do processo carioso (IMPARATO *et al.*, 2017). As causas secundárias ou modificadoras são: higienização bucal, dieta, estado de saúde geral, fatores socioeconômicos, acesso a água fluoretada e predisposição genética (CURY *et al.*, 2013).

Os principais microorganismos causadores da doença são os estreptococos, especialmente o *Streptococcus mutans* e o *Streptococcus sobrinus* (CAUFIELD, GRIFFEN, 2000; MCDONALD, AVERY, STOOKEY 2001). Esses patógenos são capazes de colonizar a superfície do dente e produzir ácidos em velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme, fator esse que possibilita a dissolução dos tecidos dentários (GUEDES-PINTO 1997; SCHAFER, ADAIR 2000).

Geralmente, a transmissão da doença ocorre de forma vertical, da mãe/cuidador para criança, por meio de contatos salivares diretos ou indiretos. Crianças cujos responsáveis apresentam altas concentrações salivares da bactéria,

adquirem esses microorganismos em maiores níveis (BEGZATI, BERISHA, MEQA, 2010; SLABSINSKIENE *et al.*, 2010; NG e CHASE, 2012).

A cárie é, contudo, uma doença evitável, desde que, os fatores que levam a essa condição tornem-se prevenidos (BOING *et al.*, 2014). A procura por atenção odontológica precoce poderia amenizar tal quadro, objetivando a promoção e prevenção de saúde bucal (RODRIGRES *et al.*, 2008).

## **2.2 Principais consequências da cárie precoce na infância (CPI)**

A manutenção e saúde dos dentes decíduos até a época de esfoliação fisiológica conferem uma série de benefícios à criança. Dente eles destacam-se: o adequado desenvolvimento e crescimento dos arcos maxilares; a obtenção de uma oclusão favorável; funções mastigatórias e fonoarticulatórias; deglutição; respiração; preservação do espaço necessário e guia para a erupção dos dentes permanentes (OMS, 2007; OUNSI *et al.*, 2009; NIDCR, 2012; ADA, 2013). Ademais, diminui possíveis desordens psicológicas e sociais relacionado à perda dentária precoce (SHEIHAM, 2005; OUNSI *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2014).

A cárie precoce na infância (CPI), quando não interrompida, tem potencial para conferir grande destruição coronária ou até mesmo a perda total do dente. Essa problemática pode gerar desde complicações locais, sistêmicas, psicológicas e sociais, até graves repercussões na saúde geral das crianças (LOSSO *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2014). Dentre as consequências destacam-se:

\_ Dor de origem dentária: consequência mais comum de cáries não tratadas. Pode afetar as atividades como comer, dormir e brincar, diminuir a capacidade de aprendizagem e o rendimento escolar (SHEIHAM, 2005; LOSSO *et al.*, 2009; OREDUGBA *et al.*, 2014);

\_ Diminuição ou perda da função mastigatória (LOSSO *et al.*, 2009; AREIAS *et al.*, 2010);

\_ Complicações infecciosas de origem odontogênica com efeitos locais ou sistêmicos (SHEIHAM, 2005; LOSSO *et al.*, 2009; AREIAS *et al.*, 2010);

\_ Perda precoce dos dentes decíduos: Quando ocorre na região ântero-superior, pode-se desenvolver deglutição e fonação atípicas; provocar atraso ou aceleração na erupção dos dentes permanentes; dificultar a alimentação, favorecer a instalação de problemas ortodônticos e causar perda de dimensão vertical. Na região posterior

provoca dificuldade mastigatória e falta de guia para a erupção dos dentes permanentes sucessores (LOSSO *et al.*, 2009).

\_ Alterações estéticas e problemas de autoestima (AREIAIS *et al.*, 2010).

\_ Comprometimento do desenvolvimento infantil: crianças com Cárie precoce da infância tendem a apresentar peso significativamente inferior e crescimento retardado. A justificativa se dá pelo padrão alimentar alterado em decorrência da dor, infecção ou pela perda precoce de dentes (ZAFAR, HARNEKAR e SIDDIQI, 2009; SCALIONI *et al.*, 2012).

### **2.3 Prevenção**

A CPI não deve ser tratada exclusivamente por meio de procedimentos curativos, são necessárias mudanças nas práticas de higiene e dieta que favorecem e auxiliam no combate ao estabelecimento da doença (NG, CHASE, 2012). Nessa perspectiva, a presença do flúor na água de abastecimento, a aplicação tópica de produtos fluoretados e, em especial, a escovação com dentifício com flúor, podem reduzir o desenvolvimento e a progressão da cárie dentária (FEATHERSTONE, 2000; SANTOS *et al.*, 2007; AAPD, 2010).

A prevenção da doença conta também com a colaboração dos responsáveis legais. O comprometimento do cuidador tem uma enorme relevância na redução ou até mesmo na erradicação do estabelecimento da lesão. Visitas periódicas ao Cirurgião-Dentista, a manutenção da saúde bucal da criança através de escovação supervisionada e contribuição para a melhoria da dieta da criança são formas efetivas de cooperar com a prevenção da cárie de estabelecimento precoce (DAINEZI *et al.*, 2015).

### **2.4 Possibilidades de tratamento**

O tratamento da CPI depende da extensão da lesão, da idade e do comportamento da criança, bem como da cooperação e motivação dos pais. Inicia-se com a identificação dos fatores etiológicos, alteração dos hábitos alimentares e da melhoria da higiene bucal (LOSSO *et al.*, 2009).

Segundo o padrão da *American Academy of Pediatric Dentistry* (2010) uma opção de tratamento em dentes decíduos com destruição coronária significativa, são as restaurações diretas. Esse recurso estratégico é bem aceito para o tratamento pediátrico, uma vez que, além preservar a dentição decídua, tem a capacidade de manter a integridade da arcada dentária até que a dentição temporária esfolie

normalmente e a permanente erupción (ESHGHI *et al.*, 2013; WALIA *et al.*, 2014; SIVADAS *et al.*, 2015).

Existem várias técnicas terapêuticas para tratamentos definitivos de lesões cáries cavitadas, sendo algumas delas: um tratamento restaurador atraumático (TRA); restaurações com cimento de ionômero de vidro convencional (CIV) ou modificado por resina (IVMR); restaurações com resina composta direta e restaurações em resina composta confeccionadas com o auxílio das matrizes de celulósido.

O TRA é caracterizado pela remoção manual do tecido cariado e posterior restauração com cimento de ionômero de vidro. Essa técnica se destaca pela sua simplicidade, rapidez, facilidade de execução e baixo custo. Além disso, provoca menos desconforto, é menos traumática e bem aceita por crianças ansiosas, fóbicas, ou por aqueles que resistem ao tratamento convencional (LEAL, ABREU e FRENCKEN, 2009).

Os cimentos ionoméricos podem atuar como um reservatório de flúor, uma vez que, tanto a dentina como o esmalte adjacente têm capacidade de incorporar e libertar os íons de flúor. Assim, recorrer a este tipo de material resultará dentes menos suscetíveis ao meio ácido (MASSARA *et al.*, 2014; AAPD, 2016; DHAR *et al.*, 2015; KRAMER *et al.*, 2007).

As resinas compostas são materiais restauradores formados por uma matriz de resina e cargas ligadas quimicamente, que podem ser utilizadas em dentes posteriores e anteriores (AAPD, 2016; MASSARA *et al.*, 2014). Apresenta uma alta resistência ao desgaste, uma boa estética e permitem uma correspondência de cores similares ao dente sendo, por isso, a primeira escolha nas restaurações de dentes anteriores (WAGGONER, 2015).

Outra técnica restauradora em dentes com grande perda estrutural é a utilização de resina composta direta associada à matriz anatômica de celulósido. As matrizes são indicadas na reconstrução e reanatomização de dentes anteriores, no qual restabelece forma, função e estética. A utilização dessas matrizes facilita a execução do processo restaurador além de reduzirem o tempo clínico, essencial para os tratamentos em Odontopediatria (PUPO *et al.*, 2011; MIYATA *et al.*, 2014). Apesar das variedades de técnicas restauradoras existentes, o melhor tratamento é aquele que conta com a colaboração da criança e possibilita, em menos sessões, um resultado estético e funcional (SANTOS *et al.*, 2017; CARDOSO *et al.*, 2007).

### **3- METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de um caso clínico de uma paciente pediátrica que foi atendida na Clínica odontológica do Complexo da Saúde da Faculdade Vértice-Univértix no segundo semestre de 2019. Foram descritos os protocolos de tratamento propostos baseados em uma breve revisão literária, corroborando as condutas tomadas frente ao caso clínico exposto.

### **4- RELATO DE CASO**

Paciente H. L. L. S, do gênero feminino, cinco anos de idade, moradora da zona rural da cidade de Pedra Bonita – MG foi encaminhada a Clínica de Odontologia Infantil da Faculdade Vértice acompanhada de seus responsáveis legais para avaliação de rotina. Durante a anamnese foi relatado pela mãe que a criança queixava-se de dor recorrente e insatisfação com a aparência dos seus dentes. Após a assinatura da autorização para exame, diagnóstico e tratamento, pela mãe da paciente, procedeu-se o exame físico. Ao exame físico intrabucal, notou-se grave comprometimento estético decorrente da destruição coronária total de todos os elementos decíduos anteriores superiores. Os dentes anteriores inferiores apresentavam lesão de mancha branca e os posteriores inferiores apresentavam extensas lesões cariosas cavitadas. Na arcada superior notou-se a presença do resto radicular do dente 54; destruição severa dos dentes 64 e 65 e comprometimento das faces oclusal e palatina do dente 55. A paciente não apresentava nenhum dente hígido (Figura 1).



Figura 1: Fotografias intraorais inicial.

Após realização do exame radiográfico o plano de tratamento foi definido e consentido pela mãe. Radiografias periapicais foram feitas para análise da extensão das lesões cariosas e da relação entre a dentição decídua e a permanente. O plano de tratamento do caso foi traçado com base nas principais necessidades da criança e inclui: a exodontia dos dentes 54, 75 e 85; a restauração dos dentes 51, 52, 53, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 73, 74, 83, 84 e a instalação de um aparelho mantenedor de espaço no arco superior.

Os caninos e primeiros molares decíduos inferiores foram restaurados com CIV modificado por resina (RIVA - cor A2). Em seguida foram realizadas reconstruções em resina composta (Z250 cor OA2 e Opallis cor B1) nos caninos superiores (53 e 63). Foi utilizada a técnica de dois passos (adesivo - Single Bond 3M e ácido fosfórico 37% FGM) com isolamento relativo.

Com o auxílio de coroas de celulóide, os dentes 51, 52, 61, e 62 foram restaurados em uma única sessão. Foram utilizados Coroas de Celulóide do Kit TDV dental. O primeiro passo foi o recorte das coroas com tesoura de ponta fina buscando adaptá-las, da melhor forma possível, na porção cervical dos remanescentes dentários, determinando também a altura cérvico-incisal com base nas proporções dentárias. Com a ponta da sonda exploradora foi realizado um pequeno orifício na face palatina das coroas para permitir o extravasamento do excesso de resina composta quando as mesmas fossem posicionadas nos remanescentes dentários (Figura 2).



FUGURA 2: Preparação das coroas de celulóide.

O condicionamento ácido dos dentes foi realizado com ácido fosfórico 37% (FGM) por 15 segundos, seguido de lavagem e secagem (Figura 3). Após o condicionamento das superfícies, seguiu-se com a aplicação do sistema adesivo (Single Bond – 3M) com microbrush e fotopolimerização por 20 segundos de todos os dentes em cada face. As coroas foram preenchidas com resina composta (Opallis cor B1) em todas as suas faces e levada em posição. Os excessos de resina composta foram removidos com sonda exploradora previamente à fotopolimerização. O protocolo seguido para a fotopolimerização foi o mesmo descrito anteriormente. (Figura 4). As coroas foram removidas destacando-se das resinas com o auxílio de uma sonda exploradora. Para melhor refinamento e anatomização dos elementos, utilizaram-se brocas F e FF de acabamento. Após checagem da oclusão, o polimento das restaurações foi realizado com pasta Diamond, taças de borracha e tiras de lixa (Figura 5).



Figura 3: Condicionamento ácido das superfícies dentárias.



Figura 4: Remoção dos excessos e fotopolimerização da resina composta



Figura 5: Aspecto inicial e aspecto final, respectivamente.

Na sessão subsequente, foram restaurados os dentes 54, 55 e 65 com resina composta através de técnica já descrita anteriormente. Posteriormente, foi realizada a exodontia do resto radicular do dente 64 sob a anestesia local (Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000). Realizou-se um ponto simples no rebordo dentário com fio de Seda, conforme ilustrado na figura 6.



Figura 6: Aspecto pós exodontia do dente 64.

Para a preservação do espaço do sucessor permanente, foi confeccionado um aparelho mantenedor de espaço simples. Foi selecionada banda ortodôntica (Morelli) que melhor se adaptou a coroa dentária do dente 65. O passo seguinte foi à realização da moldagem de transferência com

alginato (Dentisplay - tipo II) e vazamento em gesso (Tipo III). O aparelho mantenedor foi confeccionado sob o modelo de trabalho obtido, e na consulta seguinte foi cimentado em boca com CIV C (Maxxion C). Como reforço, a extremidade do aparelho sem a banda ortodôntica foi fixado ao dente 63 com resina composta (Figura 7).



Figura 7: Obtenção do modelo negativo com alginato e do mantenedor simples.

A paciente segue em tratamento na Clínica Infantil da Faculdade Univértix. O caso relatado refere-se à parte do tratamento já realizado pelas acadêmicas.

## 5- DISCUSSÃO

Embora o efeito primário da CPI seja a dor e os quadros de infecção, as conseqüências da doença vão muito além da cavidade bucal. As desordens alimentares decorrentes do desconforto causado na mastigação são evidenciadas e o seu impacto reflete diretamente na saúde geral da criança (SILVA *et al.*, 2015). Outro fator que merece destaque são os aspectos psicossociais associados a doença: uma baixa autoestima e um impacto negativo na qualidade de vida (ANIL e ANAND, 2017). No caso relatado, a paciente se queixava de dor espontânea e aguda ao mastigar. No relato, a mãe expôs sobre problemas comportamentais da criança, tais como: vergonha ao sorrir, falar e dificuldade em comer.

A estrutura corporal da paciente infantil era condizente com estudos literários que mostraram que crianças portadoras de CPI apresentaram peso significativamente menor do que as livres da doença, e também apresentam menor estatura quando comparadas a aquelas sem a patologia (ACS *et al.*, 1992; AYHAN, SUSKAN e YILDIRIM 1995).

Ao exame clínico notou-se grave comprometimento coronário de todos os elementos decíduos superiores e grande parte dos inferiores. Silva *et al.*, (2015), afirmaram que a progressão da CPI é bastante rápida, e se o diagnóstico for feito tardiamente toda dentição decídua pode ser acometida. Scioni e colaboradores (2012) destacaram o impacto da CPI na dentição permanente, uma vez que crianças que desenvolvem a cárie na infância tem uma maior propensão ao seu desenvolvimento também na fase adulta.

A paciente do presente caso era moradora de uma região rural sem abastecimento de água fluoretada. Seus pais possuíam baixa renda e nível de instrução. Raichert e colaboradores (2016) citaram uma possível associação entre a estrutura familiar, baixa renda e nível de instrução dos pais com o estabelecimento e o agravamento da CPI. A Falta de acesso a água fluoretada pode ter sido um dos fatores desencadeantes da doença descrita. Existem evidências científicas de que a fluoretação das águas de abastecimento público é extremamente significativa para o declínio da doença cárie (BRASIL, 2010).

O planejamento para a primeira consulta foi estabelecido com o intuito de executar inicialmente procedimentos que possibilitam o uso de técnicas restauradoras mais simples, rápidas e sem a necessidade da realização de preparos cavitários. Segundo autores, o sucesso de qualquer tratamento em odontopediatria depende do comportamento da criança, da extensão das lesões e do manejo com técnicas condicionantes eficazes (MUBEEN *et al.*, 2015). O tratamento teve início com a restauração de molares e caninos inferiores decíduos com cimento de ionômero de vidro (CIV R). A criança foi muito colaborativa e não demonstrou nenhum tipo de resistência no momento do procedimento.

Pineda *et al.*, (2014) descreveram diversas opções de tratamento reabilitador para os casos de CPI, dentre elas a técnica escolhida para o presente caso, que foi a restauração em resina composta com o auxílio de coroas de celulóide. A técnica foi aplicada para a restauração dos incisivos superiores, realizada em uma única sessão. Dentre as vantagens da técnica, pode-se destacar a possibilidade de obtenção de um resultado estético superior, um tempo clínico diminuído, facilidade na reparação da coroa, durabilidade, ausência de etapa laboratorial e restabelecimento estético e funcional (TEITELBAUM *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2018). Outro fator relevante que influenciou na escolha da técnica foi o comportamento positivo da criança.

A exodontia do resto radicular do dente 64 foi realizada. A perda patológica de dentes decíduos pode acarretar complicações oclusais significantes como: inclinação ou migração dos dentes adjacentes; diminuição do perímetro do arco; extrusão dos antagonistas; desvio da linha média; apinhamento; impacção dentária e instalação de hábitos bucais nocivos (MOYERS, 1991; BROTHWELL, 1997). Com o intuito de evitar tais desordens, foi confeccionado um aparelho fixo mantenedor de espaço simples que teve como função preservar a integridade oclusal.

Além de procedimentos curativos, são necessárias mudanças nas práticas de higiene e dieta (NG e CHASE, 2012). Tais orientações foram repassadas aos responsáveis pela criança e foram essenciais para o sucesso do tratamento e na prevenção do estabelecimento de lesões futuras na dentição permanente.

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cárie dentária é uma doença multifatorial que pode se desenvolver de forma precoce em crianças de pouca idade. É importante destacar que além da sintomatologia dolorosa, do estabelecimento de quadros infecciosos, a doença traz também problemas de ordem psicossocial à criança. Além de um tratamento curativo, é necessário que os hábitos dietéticos e de higienização bucal sofram mudanças para que a doença não se perpetue na dentição permanente.

## RÊFERÊNCIAS

ACS, G. *et al.*, Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. **Pediatr Dent**. v. 14; p. 302-5, 1992.

ALKARIMI, H. A. *et al.*, Impact of treating dental caries on schoolchildren's anthropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, Londres, v. 12; n. 706; p. 1-8, 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. **Pediatric Dental Journal**, Chicago, v. 32; p. 41-4, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. **Pediatric Dental Journal**, Chicago, v. 36; n. 6; p. 50-2, 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Medicaid dental reform: fair and reasonable Pediatric dental audits. **Pediatric Dental Journal**, Chicago, 2019.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. **Pediatric Dental Journal**, Chicago, 2016.

American Dental Association (ADA). Baby bottle tooth decay (early childhood caries). Patient Smart – **Patient Education Center**, 2013.

ANIL, S; ANAND, P. S. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. **Front. Pediatr**. v. 5; p. 157, 2017.

AREIAS, C. *et al.*, Cárie precoce da infância – o estado da arte. **Acta Pediatr Port**, v. 45; n. 5; p. 217-21, 2010.

AYHAN, H.; SUSKAN, E.; YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clinic Pediatr Dent**. v. 20; p. 209-12, 1996.

BEGZATI, A.; BERISHA, M.; MEQA, K. Early childhood caries in preschool children of Kosovo- a serious public health problem. **BMC Public Health**, 2010.

BOING, A. F. *et al.*, Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. **Rev Bras Epidemiol**. v. 17; n. 2; p. 102-15, 2014.

BRASIL. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2012.

BROTHWELL, D. J. Guidelines on the use of space maintainers following premature loss of primary teeth. **JAMA**, v. 63; n. 10; p. 753-66, 1997.

CARDOSO, C. A. B. *et al.*, Reabilitação bucal na primeira infância: Relato de caso. **Revista Odontológica**, Araçatuba, v. 32; n. 2, 2011.

CAUFIELD, P. W.; GRIFFEN, A. L. Dental Caries. An infectious and transmissible disease. **Pediatr Clin North Am**. v. 47, p. 1001-19, 2000.

CURY, J. A. *et al.*, **Uso racional de fluoreto**. São Paulo, 2013.

DAINEZI, V. B. *et al.*, Aesthetic and functional rehabilitation in infancy: a case report. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**. São Paulo, v. 69; n. 4, 2015.

DHAR, V. *et al.*, Evidence-based Update of Pediatric Dental Restorative Procedures: Dental Materials. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. v. 4; n. 39; p. 303-10, 2015.

ESHGHI, A. *et al.*, Evaluation of Three Restorative Techniques for Primary Anterior Teeth with Extensive Carious Lesions: A 1- year Clinical Study. **Journal of Dentistry for Children**. v. 80; n. 2; p. 50-87, 2013.

FEATHERSTONE, J. D. B. The science and practice of caries prevention. **JADA**. v. 131; p. 887-899, 2000.

GIONGO, F. S.; BAVARESCO, C. S. Protocolo de atendimento à saúde bucal de bebês em atenção primária à saúde. **Rev de Atenção Primária à Saúde**, v. 17; n. 4; p. 544-553, 2014.

GOMES, A. C. *et al.*, Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, Califórnia, v. 12; n. 55; p. 1-12, 2014.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6 ed. São Paulo: Santos, 1997.

HANNA, L. M. O.; NOGUEIRA, A. J. S.; HONDA, V. Y. S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, Porto Alegre, v. 55; n. 3; p. 271-274, 2007.

IMPARATO, J. C. P. *et al.*, Cárie precoce na infância. Anuário 03 Odontopediatria Clínica Integrada e Atual. **Napoleão Ltda**, Nova Odessa, p. 066-079, 2017.

INAGAK, L. T.; *et al.*, Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Revista Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Diagnóstico Precoce na Deficiência Auditiva**, 2017.

INAGAKI, L. T. *et al.*, Atuação interdisciplinar odontologia/fonoaudiologia no tratamento de paciente com cárie precoce da infância. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17; n. 2; p. 595-603, 2015.

JAIN, M. *et al.*, Social and Behavioral Determinants for Early Childhood Caries among Pre schoolchildren in India. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospect**, v. 9; n. 2; p. 115-20, 2015.

KRAMER N. *et al.*, Restorative materials in the primary dentition of polycaries patients. *European Archives of Paediatric Dentistry*. v. 1; n. 5; p. 29-35, 2007.

LEAL, S. C., ABREU, D. M. M., FRENCKEN, J. E. Dental anxiety and pain related to ART. **J Appl Oral Sci**. v. 17; p. 84-8, 2009.

LOPES, L. M. *et al.*, Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil. **RFO**, Passo Fundo, v. 19; n. 2; p. 245-251, 2014.

LOSSO, E. M. *et al.*, Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de Pediatria**, v. 85; n. 4; p. 295-300, 2009.

MASSARA, M. *et al.*, Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. **Livraria Santos Editora Ltda**. 2014.

MCDONALD, R. E.; AVERY, D. R.; STOOKEY, G. K. Carie dentária na criança e no adolescente. **Guanabara-Koogan**, Rio de Janeiro, p. 151-77, 2001.

MIYATA, L. B. *et al.*, Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**, v. 68; n. 1; p. 22-9, 2014.

MOYERS, R. E. Ortodontia. 4. ed. **Guanabara Koogan**, Rio de Janeiro, 1991.

MUBEEN H. I. M. A. *et al.*, In-vitro efficacy of antibiotics against xanthom onas axonopodis pv. citri through in habitation zone techniques. **J. Agric. Appl. Sci**. v. 7; n. 1, 2015.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH (NIDCR). **Una boca saludable para su bebé**. 2012

NG, M. W., CHASE, I. Early chidhood caries risk-based disease prevention and management. **Dent Clin N Am**. p. 1-16, 2012.

OREDUGBA, F. *et al.*, Assessment of mothers' oral health knowledge: Towards oral health promotion for infants and children. **Health**, v. 6; p. 908-15, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007). Oral health: Action plan for promotion and integrated disease prevention. **Sixtieth World Health Assembly**. 2007.

OUNSI, H. *et al.*, Endodontic considerations in pediatric dentistry: A clinical perspective. **International Dentistry SA**, v. 11; n. 2; p. 40-50, 2009.

PINEDA, E. C, *et al.*, Cárie precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. v. 19; n. 3; p. 51-55, 2014.

PITTS, N. *et al.*, Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. **Int J Paediatr Dent**. v. 29; n. 3; p. 384-6, 2019.

PUPO, Y. M. *et al.*, Alternativas funcionais e estéticas para reabilitação de dentes decíduos acometido por cárie de início precoce. **Ass. Paulista de Cir. Dent.** V; 65; n. 2, 2011.

RAICHERT, C. *et al.*, Cárie dentária e presença de placa visível em dentes ântero-superiores em crianças de 0 a 5 anos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v. 70; n. 1; p. 38-43, 2016.

RODRIGUES, H. B. *et al.*, Conhecimento das gestantes sobre alguns aspectos da saúde bucal de seus filhos. **UFES Ver Odontol.**, Vitória, v. 10; n. 2; p. 52-57, 2008.

SANTOS, T. M. *et al.*, Alternativas Estéticas para reabilitação de dentes decíduos anteriores com destruição coronária. **Rev Odontol Bras Central**, v. 26; n. 77; p. 19, 2017.

SCHAFER, T. E.; ADAIR, S. M. Prevention of dental disease. **Pediatr Clin North Am**. v. 47; p. 1021-42, 2000.

SCLIONI FILHO, A. R. *et al.*, Hábitos de dieta e cárie precoce da infância em crianças atendidas em faculdade de odontologia Brasileira. **Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12; n. 3, p. 399-404, 2012.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. Bull. **World Health Organ**. v. 83; n. 9; p. 644-5, 2005.

SILVA, P. D. C. *et al.*, Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: Revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 24; n. 3, 2015.

SILVA, S. N. *et al.*, RECONSTRUÇÃO DE CANINOS DECÍDUOS COM MATRIZ DE ACETATO – RELATO DE CASO. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 22; n. 2; p. 67-71, 2018.

SIVADAS, G. *et al.*, Functional and esthetic rehabilitation of anterior primary teeth using different approaches. **Journal of Indian Academy of Dental Specialist Researchers**. v. 2; n. 2; p. 79-82, 2015.

SLABSINSKIENE, E. *et al.*, Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. **Medicina**. v. 46; n. 2; p. 135-141, 2010.

TEITELBAUM, A. P. *et al.*, Reconstrução de dente decíduo anterior com pino biológico e matriz anatômica de celulose: Relato de caso clínico. **International Journal of Dentistry**. v. 10; p. 117-21, 2011.

WAGGONER, W. Restoring Primary Anterior Teeth: Updated for 2014. **Pediatric Dentistry**. v. 2; n. 37; p. 163-170, 2015.

WALIA, T. *et al.*, A randomized controlled trial of three aesthetic full-coronal restorations in primary maxillary teeth. **European Journal of Paediatric Dentistry**. v. 15; n. 2; p. 113-118, 2014.

WULAERHAN, J. *et al.*, Risk determinants associated with early childhood caries in Uygur children: a preschool-based cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 14; n. 136; p. 1-8, 2014.

ZAFAR, S.; HARNEKAR, S. Y.; SIDDIQI, A. Early childhood caries: Etiology, clinical considerations, consequences and management. **International Dentistry SA**, v. 11; n. 4, 2009.