



Universidade Cruzeiro do Sul
Ciências Biológicas e da Saúde – CBS

IMPACTO DO TRAUMATISMO DENTÁRIO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

GUSTAVO TANEZI DE FREITAS

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Odontologia apresentado à
Universidade Cruzeiro do Sul

Orientador: Prof. Dr. Bruno N. De França

Campus: São Miguel Paulista

Período: Noturno

São Paulo

2020

RESUMO

Este trabalho por meio de uma revisão de literatura, tem a finalidade de expor índices existentes que possam avaliar a QV em crianças e adolescentes brasileiros com traumatismo dentário, assim como apresentar o estado da arte dos trabalhos dessa condição na QVRSB dos mesmos e posteriormente discutir a problematização sobre a realização vista sobre a tese.

O assunto consecutivo referente à análise do traumatismo dento-alveolar a QVR e 19 anos, onde qualificava pacientes traumatizados tratados e pacientes sem trauma, averiguou-se a magnitude do impacto do tratamento de fraturas SB, assim como executado no Brasil, em 2007, com adolescentes entre 10 coronárias na QV através do gênero de estudo sobre caso-controle.

Essa conjuntura mostra a extrema importância da utilização de instrumentos de QV validados para a população pediátrica. O ofício de instrumentos de QVRSB mensura o impacto causado pelo traumatismo dentário na QV deve ser utilizado, uma vez que a prevalência dessa condição em crianças brasileiras é alta.

Pode-se observar que a multiplicidade das pesquisas sobre impacto do traumatismo dentário na QVRSB as avaliações foram em pacientes que haviam sofrido TD igualando a grupos que receberam ou não um tratamento.

A esclarecimento devido sobre a impacto desses traumas na saúde bucal, é imprescindível ao princípio da prevenção. E caso o trauma já tiver ocorrido, é de extrema importância a procura imediata de um profissional de saúde bucal, para o tratamento apropriado ao caso.

Palavras-chave: Traumatismo, Qualidade de vida, Crianças e Adolescentes

Abstract

This work, through a literature review, has the purpose of exposing existing indexes that can assess QoL in Brazilian children and adolescents with dental trauma, as well as presenting the state of the art of the work of this condition in their HRQoL and later discussing the problematization on the realization seen on the thesis. The consecutive subject referring to the analysis of dento-alveolar trauma to QLR and 19 years old, where it qualified treated traumatized patients and patients without trauma, the magnitude of the impact of the treatment of SB fractures was investigated, as was done in Brazil, in 2007, with adolescents among 10 coronaries in QOL through the case-control study. This situation shows the extreme importance of using validated QOL instruments for the pediatric population. The craft of HRQoL instruments measures the impact caused by dental trauma on QOL should be used, since the prevalence of this condition in Brazilian children is high. It can be seen that the multiplicity of research on the impact of dental trauma on HRQoL evaluations was made on patients who had undergone DT, equal to groups that received or not a treatment. Clarification due to the impact of these traumas on oral health is essential to the principle of prevention. And if the trauma has already occurred, the immediate search for an oral health professional is extremely important, for the appropriate treatment to the case

Keywords: Trauma, Quality of life, children and teenagers.

INTRODUÇÃO

Dentre os causadores de impacto negativo na qualidade de vida (QV), o traumatismo dentário adquire um caráter especial por estar juntamente com a doença cárie e o câncer bucal, entre os principais problemas de saúde pública em todo o mundo¹.

Para que a abordagem das crianças com traumatismos dentários seja feita de maneira efetiva, é fundamental que as consequências desses problemas sejam avaliadas dentro de questionamentos referentes à sua repercussão sobre a QV, uma vez ignorado a sintomatologia de uma patologia, permite que o indivíduo não usufrua de sua saúde integralmente¹. Tal avaliação acompanha um novo conceito de saúde que considera a qualidade de vida como bem estar com uma conotação multidimensional.

Os altos índices de violência, acidentes de trânsito e uma maior participação das crianças em atividades de entretenimento têm contribuído para transformar o traumatismo dentário em um problema crescente em saúde pública ao contrário da cárie dentária, cuja prevalência apresentou uma redução notável nas últimas décadas.

O traumatismo dentário deve ser considerado um problema importante não somente pelo fato de sua prevalência expressiva, mas também devido ao seu alto impacto na qualidade de vida das crianças em termos de desconforto físico, psicológico, financeiro, além do alto potencial de interferência negativa nas relações sociais, lembrando que a resolução nem sempre é simples e rápida.

A necessidade de tratamento devido ao traumatismo dentário foi observada nos casos de presença de sinais de traumatismo não tratado ou perda da restauração realizada anteriormente devido ao traumatismo.

De acordo com pesquisas realizadas entre variados grupos de crianças e adolescentes, foram detectadas características específicas desses indivíduos propensos a sofrer trauma na dentição. Esses dados alertam para prevenções singulares, evitando assim danos irreparáveis¹.

Estudos atípicos de base populacional sobre prevalência de traumatismo na dentição permanente têm sido realizados na América Latina⁴. A determinação dos fatores etiológicos envolvidos no traumatismo dentário, é notado que uma medida de overjet incisal aumentada e uma cobertura labial inadequada são fatores predisponentes.

Os critérios utilizados para registro do traumatismo dentário foram os mesmos utilizados no Children's Dental Health Survey do Reino Unido²⁻¹⁷⁻²⁹. Tais critérios

incluíam fraturas, descoloração e perda do dente por causa do traumatismo na dentição permanente⁶.

O agravo, e conseqüente exposição ao trauma dentário, quando não corrigido devidamente, interfere em fatores como a fala, deglutição, natural harmonização facial, mastigação, estética além do comprometimento no desenvolvimento social.

A explicação clara e eficiente sobre a repercussão desses traumas na saúde bucal, é imprescindível para o princípio da prevenção.

E se o trauma já tiver ocorrido, é de extrema importância a procura imediata de um profissional de saúde bucal, para que seja feito o tratamento adequado ao caso.

Certamente, com a prevenção eficaz, os números de atendimentos emergenciais por trauma dental, seriam evidentemente reduzidos, desde que, o contexto do tratamento preparativo para o futuro tratamento conclusivo, ficasse muito bem esclarecido.

Dessa forma, pode-se constatar que o campo de avaliação da QV relacionada ao traumatismo dentário ainda deve ser muito explorado a fim de poder de gerar subsídios para facilitar o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde para contemplar não somente o tratamento clínico do traumatismo dentário, mas, com uma visão do paciente, programar tratamento abrangendo também o âmbito psicossocial 1-2-5.

Objetivo

O objetivo deste estudo é, através de uma revisão de literatura, conhecer o impacto que o traumatismo dentário causa na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Revisão de Literatura

O traumatismo dentário é considerado um problema de saúde pública e pode causar impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) dos indivíduos afetados e de seus familiares. Além disso, pode exercer influência na percepção da QVRSB dos indivíduos devido ao desconforto físico, causado principalmente pela dor e aos problemas psicológicos.

Os casos mais decorrentes dentro de uma clínica odontológica, são voltados a traumas dentários. Os maiores alvos propensos a esse tipo de situação são crianças e adolescentes, esses acontecimentos podem ser desde uma simples fratura em esmalte até grandes fraturas de osso alveolar. Além disso o trauma pode não apenas fraturar o dente como pode também trazer problemas futuros por exemplo o escurecimento dental por necrose pulpar. Pode também ocasionar a fratura radicular do mesmo

Referente a traumas e avulsões temos que obter o melhor prognóstico possível, mas isso não depende somente do cirurgião-dentista. As chances de um tratamento mais conservador aumentam de acordo com o tempo que o paciente levará para chegar ao consultório odontológico. Nesse momento a comunicação

é primordial, dar apoio e orientações aos pacientes não só no consultório, mas também logo após o trauma é de suma importância.

O diagnóstico correto é imprescindível para agilidade do tratamento. A radiografia periapical deve ser feita assim que possível e fotografar o dente traumatizado logo que o paciente chegar no consultório, é indispensável para pacientes com histórico de trauma

Posteriormente será realizado uma breve análise sobre fratura, conduta imediata e seus devidos tratamentos.

-Fratura de coroa sem envolvimento pulpar: colagem de fragmento armazenado em soro fisiológico ou restauração direta **(figura 1)**

Figura 1



Fonte: Edição; WebMasters do Laboratório de Pesquisa em Endodontia da FORP-USP, Eduardo Luiz Barbin, Júlio César Emboava Spanó, Jesus Djalma Pécora. Atualizado; 17/07/2003

-Fratura de coroa com envolvimento pulpar: atendimento de urgências em até 3 horas e colagem de fragmento armazenado em soro fisiológico ou restauração direta **(figura 2)**

Figura 2



Fonte:McDonald RE, Avery DR. Abordagem dos traumatismos nos dentes e tecidos de suporte. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. p. 353-95

-Fratura de coroa e raiz de forma horizontal: possibilidade de manutenção da raiz com a realização da endodontia. **(figura 3)**

Figura 3



Fonte: ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M. Traumatismo dentário: soluções clínicas. Tradução de Frieda Werebe. São Paulo: Panamericana, 1991

-Fratura de coroa e Raiz na vertical: exodontia. **(figura 4)**

Figura 4



Fonte: Lertchirakarn V, Palamara JE, Messer HH. Load and strain during lateral condensation and vertical root fracture. J Endod 1999;25:99-104.

-Fratura de raiz com mobilidade dental: reposicionamento dental e contenção rígida. **(figura 5)**

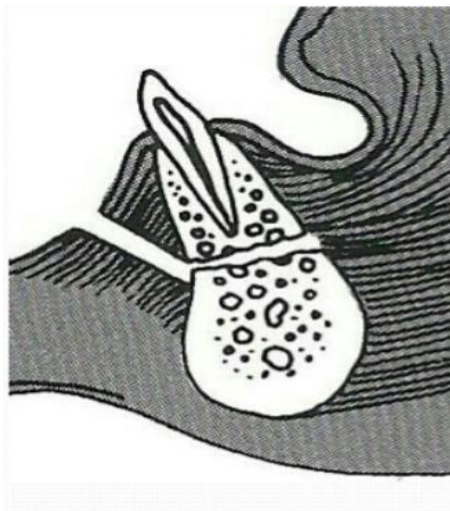
Figura 5



Fonte: Blog do curso de Odontologia da Pós-Graduação em Endodontia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, janeiro 09/ 2012.

-Fratura do processo alveolar: reposicionamento com contenção rígida ou semi-rígida por um mês, reavaliarem 1, 2, 6 e 12 meses (**figura 6**)

Figura 6



Fonte: Prof. Guilherme Teixeira Coelho Terra Especialista em Implantodontia e Dentística Mestrando em Odontologia, www.boaaluna.club, Publicada em 19 de jan de 2012.

Estes conceitos podem servir como um guia de conduta, porém se deve avaliar o histórico do trauma do paciente, verificar sua idade, tamanho da câmara pulpar e se existem problemas periodontais na região.

Todo trauma merece uma terapia medicamentosa independente do caso, o paciente deve ser encaminhado para um cirurgião dentista onde o mesmo irá ser medicado da maneira correta. Lembrando que o paciente / responsáveis nunca devem realizar a automedicação.

Uma boa tática é realizar bochecho com clorexidina, para que o paciente esteja o mais livre possível de placa bacteriana, assim tendo uma melhor cicatrização da região.

Quando um paciente sofre qualquer tipo de trauma pode ocasionar lesões como luxação e avulsão dental, também existem recomendações que podemos seguir para uma abordagem mais conservadora possível trabalhando no sentido da manutenção do dente na boca, tais como

Concussão: lesão dos tecidos da boca como bochecha, lábios e língua, sem perda ou deslocamento de dente, é recomendado os cuidados na região e alimentação leve.

Subluxação: lesão dos tecidos moles da boca como bochecha, lábio e língua, sem perda ou deslocamento do dente com sangramento gengival, recomenda-se neste caso além dos cuidados na região, cuidados com a alimentação e deve-se realizar uma contenção semi rígida.

Luxação intrusiva: dente se desloca para dentro do osso, neste caso pode ocorrer a erupção dental ou necessidade de tração ortodôntica.

Luxação lateral: deslocamento do dente de maneira irregular, com fratura ou esmagamento da tábua óssea, neste caso é recomendado um reposicionamento dental, contenção semi rígida por 4 semanas e a avaliação da necessidade de tratamento endodôntico.

Luxação extrusiva: dente se desloca para fora do osso, neste caso um reposicionamento dental e contenção semi rígida por duas semanas é o tratamento mais adequado.

Avulsão dental em Dentes permanentes: o dente sai por inteiro do osso alveolar, nesse caso deve-se armazenar o dente em soro, saliva ou leite gelado. Reimplantar em até 60 minutos, realizar contenção semi rígida, e provável tratamento endodôntico.

Em caso de avulsão dental é indispensável orientar o paciente com detalhes sobre pegar o dente pela coroa dental e não pela raiz, de guardá-lo em soro, saliva o leite gelado e procurar um cirurgião dentista mais breve possível para a tentativa do reimplante.

Hoje em dia muitas pessoas possuem ideias erradas sobre esse tipo de situação e acabam tendo em mente que basta colocar um implante no lugar do dente perdido para resolver a situação, mas na verdade esses casos são frequentes em crianças e adolescentes em idade que ainda não há indicação de implantes dentários por isso é muito válido tentar reimplantar o dente para que o paciente não fique desdentado.

Crianças com até 3 anos de idade estão começando a andar, logo podem cair e seus reflexos não estão totalmente desenvolvidos. O trauma dental pode lesar os tecidos de suporte dental, mucosas e lábios resultando em importante sangramento e podem estar associados ao trauma de cabeça.

De zero a três anos as lesões que caracterizam o trauma dental estão mais relacionadas com a luxação do dente decíduo, isso ocorre porque o osso é mais esponjoso e maleável, o que leva a absorção do impacto.

Já em crianças maiores o osso tem maior dureza e resistência, neste caso é mais comum a fratura dentária e avulsão do elemento dentário.

Segundo um estudo realizado por Shaare (2005) ⁹, os locais de maior ocorrência de trauma dental infantil são jardim da infância (32%) e na residência (38%), em crianças de 1 a 8 anos a maior incidência ocorre nos dentes incisivos superiores decíduos na faixa etária de três anos e meio.

Os traumas mais comuns são:

Deslocamento dental: o dente poderá apresentar mobilidade e permanecer no local;

Fratura dental: existem diversos tipos como trinca de esmalte, fratura do esmalte e dentina, entre outras, podendo inclusive expor a polpa ao meio oral;

Intrusão dental: chamada de luxação intrusiva, quando o dente é deslocado para o interior do alvéolo dentário.

Avulsão dental: com o impacto o dente é expelido do alvéolo dentário

Deve-se avaliar com prioridade a hipótese de ter ocorrido traumatismo na cabeça associado ao trauma dental.

Caso de afirmação deve-se observar se a criança está consciente ou se tem tontura, vômito.

Caso o trauma tenha ocorrido e a criança estiver consciente deve-se mantê-la em repouso e aplicar compressa fria no local do trauma, e observar tontura, dificuldades para falar e sonolência.

É imprescindível tratar como prioridade traumas na cabeça e posteriormente o traumatismo dental.

Caso a cabeça não tenha sofrido nenhum tipo de trauma deve seguir os passos:

- Se houver sangramento orientar a criança a morder um rolete de gaze.
- Com ajuda de um pano aplicar o gelo no local se apresentar inchaço ou sangramento.
- Tentar localizar o dente principalmente se for permanente.
- Caso o dente seja encontrado deve segurá-lo pela coroa e nunca pela raiz.
- Colocar e manter o dente em um frasco com leite.
- Orientar os responsáveis e verificar a vacinação contra o tétano.

Muitas pessoas acreditam que essa prática é uma crença popular, mas não é, no qual tem grande importância para o sucesso do tratamento.

Um estudo realizado pela Profa. Juliana Vilela Bastos, da Universidade Federal de Minas Gerais, avaliou os fatores genéticos e clínicos associados a

cicatrização de dentes implantados⁸. Ela explica que para ter sucesso de 100% no reimplante, ele precisará ocorrer em até 10 minutos, depois do dente ter saído completamente da boca. Mas se este dente for colocado em um recipiente com leite, esse tempo aumenta para até 6 horas, o que favorece procurar um dentista para o atendimento. Deve-se visitar um cirurgião-dentista o mais breve possível 7-8.

O cirurgião dentista deve avaliar qualquer tipo de trauma dental, por mais inofensiva que possa parecer a lesão. A Avaliação de um profissional e a realização de uma radiografia podem indicar a gravidade do problema.

Antunes et al.¹⁴, utilizaram a versão brasileira do P-CPQ e encontraram em todos domínios uma associação entre TD e impacto negativo na QVRSB ($p < 0,01$). Por meio de um estudo longitudinal, pais e/ou responsáveis relataram que após o tratamento da lesão traumática foi observada redução do impacto negativo na QVRSB dos filhos, comparada com o período pré-tratamento do TD.

Segundo Antunes et al.¹⁵, foi encontrado associação entre TD nos quatro domínios específicos e no escore total do CPQ11-14 anos, sendo que os maiores impactos relacionados ao TD foram: a “demora e dificuldade em mastigar” “constrangimento ou vergonha” e “preocupação sobre o que os outros pensam da sua aparência”.

Em um estudo realizado por Bendo et al, comparando um grupo de crianças com TD tratado e outro de crianças com TD não tratado, não encontrou associação estatisticamente significativa entre TD não tratado ou tratado e com escore total do CPQ11-14. No entanto, TD não tratado foi associado a

alguns itens dos domínios de Bem-estar Emocional e de Bem-estar Social: “preocupação com o que os outros pensam” ($p = 0,003$) e “evitar sorrir” ($p = 0,019$), respectivamente.

Além disso, crianças com TD tratado possuem o dobro a mais de probabilidade de apresentar impacto em relação ao item “outras crianças fizeram perguntas” quando comparadas às crianças sem TD.

Segundo Bendo et al., adolescentes que possuíam fraturas que envolviam dentina e/ou polpa apresentaram 2,40 vezes chance a mais de apresentar impacto da QVRSB quando comparadas aos adolescentes que não apresentaram TD.

Em outro estudo desenvolvido por Bendo et al.¹⁸, houve uma associação estatisticamente significativa entre TD com escore total do B-FIS ($p < 0,01$), seguido dos domínios de Atividade dos pais/família ($p < 0,05$), Emoção da família ($p < 0,05$) e Conflitos familiares ($p < 0,05$).

De acordo com o estudo realizado por Damé Teixeira et al.¹⁹, o domínio específico de Limitações Funcionais estava associado à TD, sendo que indivíduos que apresentaram TD com necessidades de tratamento possuíam maiores médias do CPQ11-14 do que indivíduos sem TD ou sem necessidades de tratamento.

Após o ajuste para má oclusão, cárie dentária, gênero e nível socioeconômico, essa associação permaneceu significativa.

Fakhruddin et al. , encontraram associação entre o TD não tratado e impacto negativo na QVRSB das crianças, sendo que indivíduos com TD possuem maior

dificuldade de mastigação ($p = 0,02$), evitavam sorrir ($p = 0,02$) e possuem interações sociais afetadas ($p = 0,03$) quando comparada a indivíduos que não possuem TD.

Quando os grupos tratados e sem TD foram comparados, o único item estatisticamente significativo foi a dificuldade em mastigar ($p = 0,038$).

No estudo realizado por Freire-Maia et al, houve associação significativa do TD com o domínio de bem-estar-estar emocional ($p = 0,044$) e Bem-estar social ($p = 0,047$).

Porrit et al encontraram, com base no relato proxy de pacientes que sofreram TD, uma melhora da QVRSB após o acompanhamento odontológico. No entanto, a preocupação dos pais não diminuiu ao longo do tempo.

Ramos-Jorge et al encontraram uma associação estatisticamente significativa entre o TD e impacto nas atividades diárias. Adolescentes tratados para fratura de esmalte-dentina e que possuem dentes tratados esteticamente apresentaram 3,3 vezes mais chance de apresentar impacto nas atividades diárias do que adolescentes sem TD.

Ramos-Jorge et al. encontraram que adolescentes com TD não tratados apresentaram impacto significativo tanto nos domínios específicos do Child-OIDP, impacto ao comer ($p = 0,01$) e ao sorrir ($p = 0,002$), como no escore total ($p = 0,001$).

Em um estudo caso-controle realizado por Thelen et al.²⁵ foi observado, após o ajuste, associação significativa entre “sorrir e mostrar os dentes sem constrangimento” ($p < 0,001$), e “desfrutar com o contato de outras pessoas” (p

< 0,001), sendo que estes itens foram relatados por 78,9% e 63,3% dos casos e 31,6% e 23,2% dos controles, respectivamente.

Além disso, o escore total do OIDP mostrou que os casos de TD com necessidade de tratamento possuíam um maior risco de impacto quando comparado com os controles, com uma razão de chances de 3,9.

No estudo realizado por Traebert et al.²⁶ foi observado através da análise de regressão logística que houve associação significativa entre os impactos adversos na QVRSB, de acordo com o questionário CPQ11-14, e a presença de TD, mesmo após ajuste por gênero, cárie dentária em dentes anteriores e má oclusão.

Dessa forma, adolescentes com TD apresentaram uma probabilidade de 1,79 vezes a mais de apresentar impacto na QVRSB quando comparado aos adolescentes sem TD.

Piosevan et al. não encontraram associação entre TD e impacto na qualidade de vida.

A etiologia das lesões traumáticas é bem conhecida, podendo existir alguma variação, dependendo do local de coleta dos dados, mas os autores são unânimes em afirmar que as quedas, colisões contra objetos ou pessoas, práticas esportivas, violência e acidentes automobilísticos são as principais causas³⁰.

Poucos estudos populacionais foram realizados e apontaram acidentes de bicicleta, violência, acidentes de trânsito, esportes e quedas como as principais causas dos traumatismos dentários³⁰.

É importante ressaltar que as quedas se referem a uma ampla categoria que pode mascarar outras causas, como a violência observada nas quedas por empurrão ou oriundas de brincadeiras agressivas praticadas por crianças e adolescentes .

É necessário identificar corretamente a etiologia do trauma nas diferentes populações para planejar sua prevenção.

A mensuração da QVRSB é fundamental para compreender as percepções subjetivas dos indivíduos em relação à sua saúde e até que ponto um problema como o TD pode afetar a vida diária de crianças, adolescentes e suas famílias.

O TD pode exercer um impacto negativo no bem-estar dos indivíduos, principalmente no que diz respeito aos aspectos sociais e emocionais.

Crianças e adolescentes afetados por TD frequentemente recorrem às suas famílias para obter apoio. Assim, a família também pode ser afetada pela condição bucal na forma de impacto negativo nas atividades da vida diária, bem como ansiedade e dificuldades financeiras, que podem resultar em conflitos familiares.

Portanto, é de extrema importância que crianças/adolescentes com TD sejam submetidos a tratamento, principalmente nos tipos mais severos, devido ao potencial para melhorar a QVRSB das crianças/adolescentes e de suas famílias.

Discussão

Foram incluídos artigos nesta revisão de literatura que mensuraram o impacto do trauma dentário na QVRSB de adolescentes e de suas famílias. Para analisar o TD foram utilizados três métodos diferentes, sendo que apenas um estudo não relata qual critério foi utilizado, quanto à QVRSB foram utilizados seis instrumentos de mensuração. Para mensurar QVRSB existe uma ampla gama de instrumentos para serem utilizados. Essa variedade é devido à importância da adaptação dos questionários de acordo com a faixa etária do público em que serão aplicados, para que se torne de fácil entendimento e, assim, para que as respostas sejam confiáveis 14-16-19.

Isto ocorre uma vez que, a percepção de adultos e crianças/adolescentes a respeito do impacto dos problemas de saúde sobre a qualidade de vida é diferente. Devido à fase de desenvolvimento físico e emocional em que se encontram 27-25, crianças/adolescentes possuem uma visão peculiar de si mesmos e do mundo. Além disso, a percepção de saúde e de doença varia conforme a capacidade intelectual da criança, que sofre mudança de acordo com a idade, em função dos diferentes estágios de desenvolvimento emocional, social e de linguagem 26.

Também há discordância em relação ao diagnóstico de TD, uma vez que existem diversos critérios para diagnóstico e cada autor escolhe seu critério de avaliação. Dessa forma, devido as diferenças de critério, há dificuldade em comparar os artigos³³. Em relação à compreensão do adolescente sobre o impacto do TD na QVRSB, observou-se que a presença do TD teve ligação com limitações físicas relacionadas à mastigação^{16,17,19,25,26} até mesmo em lesões traumáticas já tratadas¹⁵.

Este resultado sugere que o dano periodontal e a dor pulpar podem ter efeitos em longo prazo na mastigação²⁵. Além disso, uma vez que a estética possui forte influência e gera grandes preocupações para crianças com dentes traumatizados, interações sociais e bem estar emocional possuíram forte associação significativa com TD 4,15,25. Além de que, os dentes anteriores traumatizados podem levar ao constrangimento tanto social como psicológico, provocando um estado de nervosismo, dificuldade para comer certos alimentos e de higienização³⁰.

Dessa forma, de acordo com a literatura, não basta tratar apenas sinais e sintomas físicos do TD, mas as limitações funcionais, o bem-estar emocional e social devem ser vistos¹⁹. No entanto, um estudo realizado em Santa Maria com adolescentes de 12 anos, notou-se que, embora os incisivos centrais superiores tenham sido os mais frequentemente afetados, as crianças com TD não tiveram maior impacto na QVRSB quando comparados com as crianças sem TD. Neste estudo, autores sugerem que esse resultado foi devido a maior prevalência de fratura coronária de esmalte, sendo que lesões dentárias menores provavelmente não causam dor ou qualquer outro desconforto psicossocial para as crianças, já que a gravidade do TD não foi encontrada na amostra 16-19-22.

Quanto ao impacto do TD na QVRSB de adolescentes de acordo com o impacto na família, dentre as condições bucais, o TD envolvendo a dentina / polpa é a alteração bucal que gera pior impacto na QVRSB¹⁵. Isso ocorre uma vez que a abordagem para uma criança com um TD deve ser examinada totalmente para controlar não apenas as consequências locais do TD, como sequelas na dentição, mas também para não afetar a QVRSB.

Assim, a conclusão dos sinais e sintomas da TD, não fazem com que os pacientes desfrutem de saúde plena²⁰. O impacto pode ser diminuído com sucesso com a realização de tratamento e, assim, apresentar uma melhora na QVRSB²⁰. Famílias de adolescentes com TD envolvendo dentina/polpa podem ter maior probabilidade de relatar um impacto negativo na QVRSB do que as famílias de adolescentes que não apresentavam sinais de TD¹⁵.

Sendo assim, adolescentes podem ser uma fonte importante de sofrimento familiar, se a TD grave não for tratada o que deve ser levado em consideração ao medir a saúde bucal desses adolescentes. Além disso, condições orais adversas, como o TD, podem também causar conflitos familiares e dificuldades financeiras¹⁵, e podem levar a sentimentos de culpa e preocupação por parte dos pais.

Outro achado interessante desta revisão de literatura foi que, através de um estudo longitudinal, foi encontrado que QVRSB infantil e satisfação dos pais com o tratamento é um preditor significativo da QVRSB dos pais. Esses resultados sugerem que, o contentamento dos pais com o tratamento e QVRSB das crianças, após as lesões dentárias, estão intrinsecamente ligados²¹. Dessa forma, é de importância que a comunicação do cirurgião-dentista com os pais e/ou responsável seja realizada com frequência, com o fornecimento de informações e que a tomada de decisão seja de forma compartilhada³⁶. Assim, o contentamento dos pais com o atendimento odontológico dos seus filhos pode trazer benefícios significativos para o bem-estar da família ²¹⁻²⁷⁻³².

Os artigos utilizados nesta revisão contribuíram de forma prática para o conhecimento acerca do impacto negativo que o TD pode trazer para a vida de crianças, adolescentes e suas famílias. Dessa forma nota-se a importância de

estratégias para prevenir o TD como uma supervisão maior de pais e professores, estruturas que absorvem impacto nos locais onde atividades de lazer e esportes são realizados 17. A mensuração da QVRSB é fundamental para compreender as percepções subjetivas dos indivíduos em relação à sua saúde e até que ponto um problema como o TD pode afetar a vida diária de crianças, adolescentes e suas famílias.

O Trauma dentário pode exercer um impacto negativo no bem-estar dos indivíduos, principalmente no que diz respeito aos aspectos sociais e emocionais 8 . Crianças e adolescentes afetados por TD frequentemente recorrem às suas famílias para obter suporte. Assim, a família também pode ser atingida pela condição bucal na forma de impacto negativo nas atividades da vida diária, bem como ansiedade e dificuldades financeiras, que podem resultar em conflitos familiares 8.

Portanto, é de suma importância que crianças/adolescentes com TD sejam submetidos a tratamento, principalmente nos tipos mais intensos, devido ao potencial, para melhorar a QVRSB das crianças/adolescentes e de suas famílias 8-14-19-32.

Conclusão

O impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes necessita ser diagnosticado e tratado brevemente, pois suas consequências comprometem desde a saúde até a sociabilização do indivíduo.

Referências Bibliográficas

1 .Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Banco de dados.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&paginaatual=1&uf=42&letra=B> (acessado em 02/Jul/2002)

2 . Marcenes W, Zabet NE, Traebert J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. Endod Dent Traumatol 2001; 17:222-6

3. O'Brien M. Children's dental health in the United

Kingdom 1993. In: Report of dental survey, Office of Population Censuses and Surveys. London: Her Majesty's Stationery Office; 1994.

4. Armênio R. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas do meio-oeste catarinense sobre traumatismo

dental [Monografia de Especialização]. Joinville:

Escola de Aperfeiçoamento Profissional

5. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. Cad Saúde Pública 2001; 17:153-9

6. Traebert J, Peres MA, Blank V, Boëll RS, Pietrusa

JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year old school children in Florianópolis, Brazil. Dent Traumatol

2003; 19:15-8.

7. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life of 12-14-year old children. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30:193-8

8. MACIEIRA, L. Dente traumatizado conservado em leite tem mais chances de recuperação, confirma pesquisa premiada da Faculdade de Odontologia. UFMG

[internet], 2012; disponível em:

<https://www.ufmg.br/online/arquivos/026078.shtml>

9.SHAARE, A.B., JACOBSEN L. Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). Dental Traumatol, 21(6): 315-9, 2005.

10.Ana Claudia Castro-Cunha, Ana Paula Rebouças, Lucas Guimarães Abreu, Saul Martins Paiva, Cristiane Baccin Bendo, Impacto da má oclusão e do tratamento ortodôntico com aparelho fixo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adolescentes, Arquivos em Odontologia: v. 55 (2019)

11.Paula Remigio Gomes, Jéssica Madeira Bittencourt, Leticia Pereira Martins, Saul Martins Paiva, Cristiane Baccin Bendo, Traumatismo dentário na dentição decídua e condição socioeconômica , Arquivos em Odontologia: v. 56 (2020)

12.1. Aldrigui JM. Prevalência de traumatismo em dentes decíduos e fatores associados: revisão sistemática e meta-análise [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-16012013-114820/pt-br.php>

13. Aldrigui JM, Cadioli IC, Mendes FM, Antunes JL, Wanderley MT. Predictive factors for pulp necrosis in traumatized primary incisors: a longitudinal study. Int J Paediatr Dent 2013;23(6):460-9

14. Antunes LA, Luiz RR, Leão AT, Maia LC. Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury. *Dent Traumatol.* 2012;28:256-62

15. Antunes LS, Debossan PF, Bohrer LS, Abreu FV, Quintanilha LE, Antunes LA. Impact of traumatic dental injury on the quality-of-life of children and adolescents: A case-control study. *Acta Odontol Scand.* 2013;71:1123-8.

16. Bendo CB, Paiva SM, Torres CS, Oliveira AC, Goursand D, Pordeus IA, et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren . *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:114

17. Bendo CB, Paiva SM, Varni JW, Vale MP. Oral health-related quality of life and traumatic dental injuries in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42:216-23

18. Bendo CB, Paiva SM, Abreu MH, Figueiredo LD, Vale MP. Impact of traumatic dental injuries among adolescents on family's quality of life: a population-based study. *Int J Paediatr Dent.* 2014;24:387-96

19. Damé-Teixeira N, Alves LS, Ardenghi TM, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury with treatment needs negatively affects the quality of life of Brazilian schoolchildren. *Int J Paediatr Dent.* 2013;23:266-73

20. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dent Traumatol.* 2008;24:309-13

21. Freire-Maia FB, Auad SM, Abreu MH, Sardenberg F, Martins MT, Paiva SM, et al. Oral health-related quality of life and traumatic dental injuries in young permanent incisors in Brazilian schoolchildren: a multilevel approach. *Plos One.* 2015;10:1-18

22. Porrit JM, Rodd HD, Baker SR. Parental Quality-of-life impacts following children's dento-alveolar trauma. *Dent Traumatol.* 2013;29:92-8

23. Ramos-Jorge ML, Bosco VL, Peres MA, Nunes AC. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents - a case-control study in southern Brazil. *Dent Traumatol.* 2007;23:114-9

24. Ramos-Jorge J, Paiva SM, Tataounoff J, Pordeus IA, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2014;30:27-31

25. Thelen DS, Trovik TA, Bardsen A. Impact of traumatic dental injuries with unmet treatment need on daily life among Albanian adolescents: a case-control study. *Dent Traumatol.* 2011;27:88-94

26. Traebert J, Lacerda JT, Fodter Page LA, Thomson WM, Bortoluzzi MC. Impact of traumatic dental injuries on the quality of life of schoolchildren. Dent Traumatol. 2012;28:423-8

27. Piovesan C, Abella C, Ardenghi TM. Child oral health-related quality of life and socioeconomic factors associated with traumatic dental injuries in schoolchildren. Oral Health Prev Dent. 2011;9:405-11

28. Wanderley MT, Trindade CP, Corrêa MSNP. Recursos protéticos em odontopediatria. In: Corrêa, MSNP. Odontopediatria na primeira infância. 3a ed. São Paulo: Gen-Santos; 2010:637-58

29. Bonini GC, Bönecker M, Braga MM, Mendes FM. Combined effect of anterior malocclusion and inadequate lip coverage on dental trauma in primary teeth. Dent Traumatol 2012;28(6):437-40

30. Côrtes MIS, Bastos JV. Epidemiologia do traumatismo dentário. Pro-odonto Prevenção, 2011; 5:113-49

31. Marcenes W, Bonecker M. Epidemiologia das doenças bucais In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000

32.Goettems ML, Torriani DD, Hallal PC, Correa MB, Demarco FF. Dental trauma: prevalence and risk factors in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42:581-90