

## PLANEJAMENTO E PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

### *PLANNING AND TREATMENT PLAN IN PEDIATRIC DENTISTRY*

Nivia Fiuza\*

Gerson Lopes\*\*

Ana Claudia Ribas Cabral\*\*\*

Flávia Ribeiro de Carvalho Fernandes\*\*\*\*

#### RESUMO

Em Odontopediatria deve-se atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação. Para isso, deve-se ter um bom planejamento e seguir etapas de um plano de tratamento. Essa sequência é passível de modificações, devendo ser um roteiro. Isso possibilita um grande sucesso terapêutico. O objetivo deste artigo é demonstrar um caso clínico desenvolvido nessa lógica, com todo o processo para chegar a um plano de tratamento, com restrições, pois o paciente apresentava diabetes tipo 1, e obter sucesso.

**DESCRIPTORIOS:** Planejamento de assistência ao paciente • Odontopediatria • Diabetes mellitus.

#### ABSTRACT

Pediatric Dentistry must act on health promotion, disease prevention and recovery. To do so, one should have good planning and follow steps of a treatment plan. This sequence is subject to change and should be a script. This provides a great therapeutic success. The purpose of this article is to demonstrate a case that worked this logic, the whole process to arrive at a treatment plan, with restrictions, because the patient had type 1 diabetes, and to get success.

**DESCRIPTORS:** Patient care planning • Pediatric dentistry • Diabetes mellitus.

\* Especialista em Odontopediatria pela Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

\*\* Coordenador do curso de especialização em Odontopediatria da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

\*\*\* Professora do curso de especialização em Odontopediatria da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

\*\*\*\* Professora do curso de especialização em Odontopediatria da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID.

A abordagem odontológica no paciente infantil deve atuar em todos os níveis de prevenção, ou seja, em promoção da saúde, prevenção de doenças e na recuperação, quando as duas barreiras anteriores não obtiveram êxito. Para atuação dentro dessa proposta, é necessário o conhecimento do perfil biopsicossocial de cada paciente e também do seu núcleo familiar.

No aspecto da cárie dentária, trabalha-se com conceitos que modificam o modelo de atenção curativa para um modelo que promove saúde. Tais conceitos, segundo Bo Krasse<sup>1</sup> (1988) e Fejerskov e Kidd<sup>2</sup> (2005), são de: Doença Cárie (doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias.); Determinantes (fatores que interferem, direta ou indiretamente, no reequilíbrio do fenômeno de des-re, como: fatores salivares, imunológicos, socioeconômicos, culturais, comportamentais, microrganismo e exposição ao flúor); Lesão Cariosa (manifestação clínica da doença cárie); Risco de Cárie (probabilidade de um indivíduo desenvolver pelo menos certo número de lesões cariosas atingindo um determinado estágio de progressão durante um período específico, desde que os fatores determinantes continuem inalterados durante o período em questão) e Atividade de Cárie Dentária (Intensidade ou poder da doença - incidência de novas lesões/unidade de tempo ou progressão das lesões estabelecidas). Assim, o prontuário odontológico deve conter documentos (ficha clínica, radiografias, diário alimentar, relatórios médicos e outros) que incluam tais conceitos.

A ficha clínica deve conter identificação, antecedentes de morbidade, antecedentes familiares, exame físico geral, perfil psicológico, hábitos, métodos de utilização de flúor, histórico de traumatismo dentário, exame físico extra e intrabucal, análise das funções do sistema estomatognático, exame funcional da oclusão, avaliação dos fatores etiológicos da cárie e doença periodontal, avaliação clínica complementada com radiografias e exames laboratoriais, quando necessários.

De posse desses dados é possível identificar quais e como os determinantes estão atuando em cada paciente, assim se determinam o risco e a atividade de cárie dentária e doença periodontal, sendo possível estabelecer um plano de tratamento que aborde ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Quando se avalia diferentes autores que trabalham nessa filosofia, encontramos os que dividem o plano de tratamento em diferentes fases, mas com estratégias em comum. Toledo<sup>3</sup> (1996) e Guedes-Pinto e Issao<sup>4</sup> (2006), iniciam com Fase de Urgência (geralmente se referem ao controle da dor). Correa<sup>5</sup> (2005) inicia com a Etapa Sistêmica (caso haja necessidade de algum cuidado sistêmico especial). As etapas seguintes, Adequação do Comportamento, Adequação do Meio Bucal (tem como objetivo dar condições para modificação hábitos e melhoria do meio bucal), Restauradora e Manutenção, são comuns aos autores acima citados.

No curso de Especialização em Odontopediatria da Universidade Cidade de São Paulo, UNICID, o plano de tratamento é dividido nas seguintes fases, fundamentadas em Pereira e Lopes<sup>6</sup> (2008): Urgência; Sistêmica; Preparatória – que se divide em Etapa Preventiva e Adequação do Meio Bucal; Adéquo-Restauradora, Restauradora e de Manutenção. (Anexo 1).

Com essa fundamentação teórica, foi realizado tratamento odontológico em paciente na clínica de especialização em Odontopediatria da UNICID, conforme descrito a seguir.

#### CASO CLÍNICO

Paciente GRM, 8 anos de idade, compareceu à Clínica de Especialização de Odontopediatria da UNICID, encaminhado pelo Setor de Odontologia do Hospital Municipal Menino Jesus, com a principal queixa da presença de dentes cariados e sintomatologia dolorosa, relatada pelo responsável.

Na anamnese, o responsável informou que o paciente é portador de Diabetes Tipo 1, diagnosticada há doze meses da data da consulta odontológica inicial e faz uso de insulina intravenosa. Em relação ao aspecto psicológico considera o



| <b>(Anexo 1)</b>   |  |   |
|--|--|---|
| PLANO DE TRATAMENTO:   | Data: _____  |   |
| URGÊNCIA:  |  |   |
| FASE SISTÊMICA:  | em: ___/___/___  |   |
| FASE PREPARATÓRIA:   |  |   |
| ETAPA PREVENTIVA:  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Evidenciação de placa bacteriana        | <input type="checkbox"/> Orientação e motivação de higienização bucal  |   |
| <input type="checkbox"/> Polimento coronário                     | <input type="checkbox"/> Orientação e motivação para dieta alimentar   |   |
| <input type="checkbox"/> Aplicação tópica de flúor               |  |   |
| Selante oclusal:   |  |   |
| - resinoso: _____  |  |   |
| - ionomérico: _____  |  |   |
| Remineralização: _____   |  |   |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO:   |  |   |
| Necessidade de Diagnóstico operatório: _____                     |  |   |
| Exodontia: _____   |  |   |
| Tratamento endodôntico:  |  |   |
| - pulpotomia: _____  |  |   |
| - pulpectomia: _____   |  |   |
| - penetração desinfetante: _____                                 |  |   |
| Remoção total de tecido cariado e preenchimento:                 |  |   |
| - Ox. Zn: _____  |  |   |
| - CIV convencional: _____  |  |   |
| Remoção parcial de tecido cariado e preenchimento:               |  |   |
| - Ox. Zn: _____  |  |   |
| FASE ADEQUO-RESTAURADORA:  |  |   |
| Restauração co CIV resino-modificado: _____                      |  |   |
| ART: _____   |  |   |
| <i>*Reavaliação do risco e procedimentos preventivos.</i>        |  |   |
| FASE RESTAURADORA:   |  |   |
| Restauração  |  |   |
| - Amálgama: _____  |  |   |
| - Resina Composta: _____   |  |   |
| Prótese:   |  |   |
| - Unitária:  |  |   |
| - coroa de aço: _____  |  |   |
| - resina composta:   |  |   |
| - direta: _____  |  |   |
| - indireta: _____  |  |   |
| - Parcial fixa: _____  |  |   |
| - Parcial removível:   |  |   |
| - mantenedor estético funcional: _____                           |  |   |
| - mantenedor de espaço: _____                                    |  |   |
| - Total: _____   |  |   |
| <i>*Reavaliação do risco e procedimentos preventivos.</i>        |  |   |
| OUTROS PROCEDIMENTOS:  | ORIENTAÇÃO ORTODÔNTICA   |   |
| <input type="checkbox"/> Cirúrgico:                              | Tratamento Ortodôntico <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não                               |   |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo:                            | <input type="checkbox"/> em observação, reavaliar em: ___/___/___ <input type="checkbox"/> tratamento imediato |   |
| <input type="checkbox"/> Outros:                                 | Encaminhamento <input type="checkbox"/> Ortodontia <input type="checkbox"/> Odontopediatria                    |   |
| NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO:                                   |  |   |
| FASE DE MANUTENÇÃO   |  |   |
| Periodicidade inicial de retorno:                                |  |   |
| <input type="checkbox"/> Testes salivares e bacteriológicos      | <input type="checkbox"/> Exame clínico   | <input type="checkbox"/> Orientação e motivação para higienização bucal |
| <input type="checkbox"/> Evidenciação de placa bacteriana        | <input type="checkbox"/> Exame radiográfico  | <input type="checkbox"/> polimento coronário / radicular                |
| <input type="checkbox"/> índices de placa e sangramento gengival | <input type="checkbox"/> Aplicação tópica de flúor   | <input type="checkbox"/> Entrevista alimentar                           |
|  |  | <input type="checkbox"/> Orientação e motivação para dieta alimentar    |
| Visto _____ em ___/___/___                                       |  |   |

comportamento como tímido e assustado, porém quando contrariado reage com birra e em sua experiência odontológica anterior apresentou-se tranquilo. Em função do tipo de comportamento, optou-se pela utilização de um conjunto de técnicas de condicionamento: diga-mostra- faça,

controle de voz e premiação.

Em relação à higiene, ele próprio escova os dentes 2 vezes ao dia, no período da manhã e da tarde e não utiliza fio dental. Informa também que sua exposição ao flúor se faz por meio da água de abastecimento, não sabendo informar sobre outras



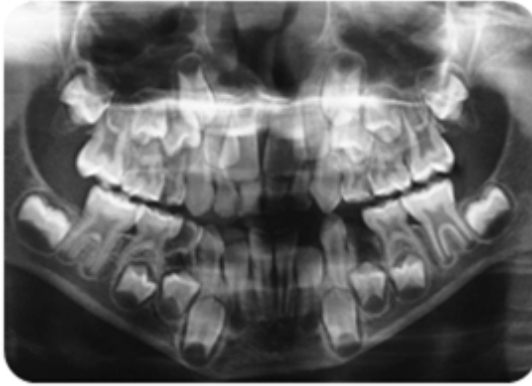


Figura 1 – Exame radiográfico.

formas de utilização.

Ao final da primeira consulta foi orientado para preencher o diário alimentar e encaminhado para realização de radiografia panorâmica. Em sua segunda consulta, avaliou-se a radiografia panorâmica, contribuindo para indicação de radiografias interproximais e periapicais de molares superiores, pois na panorâmica os molares inferiores sugeriam a indicação correta de exodontia (Fig. 1):

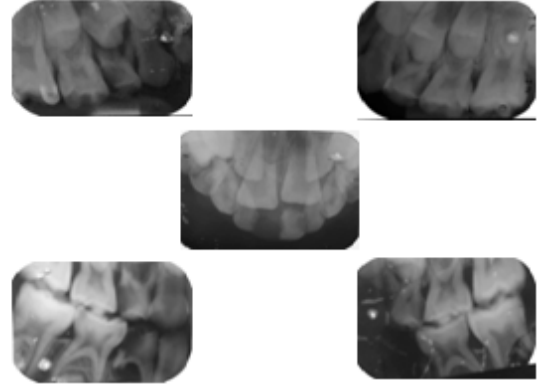
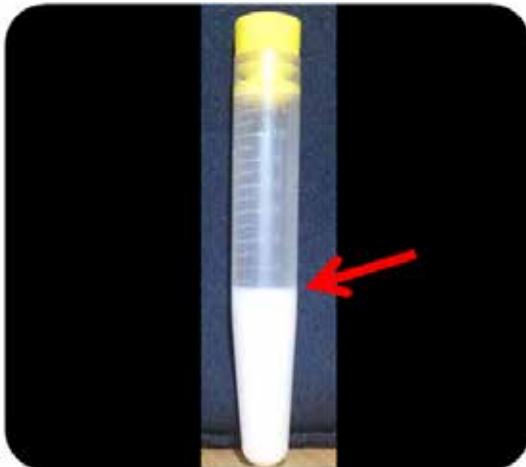


Figura 3 – Aspecto clínico inicial.



| Tabela de Volume de produção de Saliva |   |
|--|---|
| Classificação                          | Faixa de Graduação em Mililitros por Minuto |
| Produção de Saliva Normal              | de 1,5 ml/minuto até 3,0 ml/minuto          |
| Hipossalivação Leve                    | de 1,05 ml/minuto até 1,45 ml/minuto        |
| Hipossalivação Moderada                | de 0,55 ml/minuto até 1,0 ml/minuto         |
| Hipossalivação Severa                  | de 0,05 ml/minuto até 0,50 ml/minuto        |
| Sialorréia                             | acima de 3,0 ml/minuto                      |

Figura 2 – Teste de fluxo salivar.

Na avaliação dos fatores etiológicos da cárie e doença periodontal foi utilizado o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene e Vermillion com resultado de 1,3 considerado alto e o Índice Gengival Modificado (IGM) de Lobene et al. com resultado do índice de sangramento grau 1 com inflamação incipiente, conforme Tapia-Rivera<sup>7</sup> (2012). Na análise do diário alimentar (Anexo 2) se observou que há ingestão racional de carboidratos, compatível com sua doença. Foi realizado o teste de fluxo salivar com estímulo, por um período de 05 minutos, alcançando 4,5ml, dividindo o resultado por 05 para obter a quantidade em ml/minuto que foi



(Anexo 2) DIÁRIO ALIMENTAR

NIVIA FIUZA  
 GERSON LOPES  
 ANA CLAUDIA RIBAS CABRAL  
 FLÁVIA RIBEIRO DE CARVALHO FERNANDES  
 PLANEJAMENTO E PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

SEXO: Masculino DATA DE NASC.: 21/08/2006  
 DE Setembro DE 2013 AVALIAÇÃO: [1ª] [2ª] [3ª]

| 1ª DIA  | 20 DIA   | 29 DIA   | 30 DIA   | ALIMENTO OU LÍQUIDO   |
|---|--|--|--|---|
| 28<br>8 Horas<br>insulina<br>Diabete  | 29<br>8 Horas<br>insulina<br>10:30<br>12:00  | 30<br>8 Horas<br>10:30<br>12:00  | 30<br>8 Horas<br>10:30<br>12:00  | Alimento ou líquido   |
| Arroz com Leite<br>Seis Bolachas<br>& açaí<br>1 Banana<br>Arroz feijão Bife<br>Salada, Suco,<br>Café com Bolacha<br>Arroz feijão, Olio<br>FRITO, Salada<br>Açúcar<br>Café com leite, Salada | Café com Leite<br>& Bão com manteiga<br>1 Maça<br>Arroz feijão Bife<br>Salada Refrigerante<br>Zerol a clear<br>Café com Leite<br>& Bolacha<br>Arroz feijão Salada<br>Carne cozida &<br>Refrigerante 2. açucar<br>Bife de feijão com<br>Queijo & Refrigerante<br>Café com Leite & Bolacha | Café com Leite & Bolacha<br>Arroz feijão Salada<br>Carne cozida &<br>Refrigerante 2. açucar<br>Bife de feijão com<br>Queijo & Refrigerante<br>Café com Leite & Bolacha | Café com Leite & Bolacha<br>1 Maça<br>Arroz feijão Bife<br>Salada Refrigerante<br>Zerol a clear<br>Café com Leite<br>& Bolacha<br>Arroz feijão Salada<br>Carne cozida &<br>Refrigerante 2. açucar<br>Bife de feijão com<br>Queijo & Refrigerante<br>Café com Leite & Bolacha | Arroz com Leite & Bolacha<br>1 Maça<br>Arroz feijão Bife<br>& Leite & Refrigerante<br>5 Açúcar<br><del>Arroz</del> Vitamina<br>Banana, Maça, Leite<br>& açaí - 1 copo<br>Arroz feijão Salada<br>& carne cozida<br>Café com Leite & Bão<br>com manteiga<br>Café com Leite &<br>Bolacha |

ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES



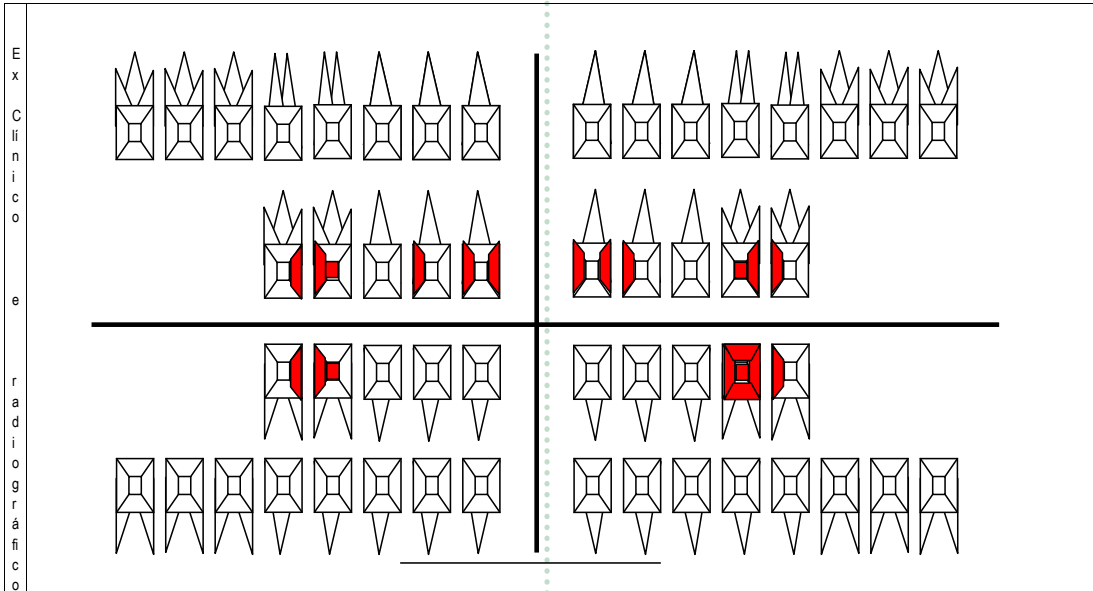
produzida (0,9ml/m), conforme Conceição *et al.*<sup>8</sup> (2006), observado na Figura 2. De posse do conjunto de radiografias e

após profilaxia profissional realizou-se o exame clínico, constatando-se a situação observada no (Anexo 3 e Fig. 3):

(Anexo 3) AVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA

NIVIA FIUZA  
 GERSON LOPES  
 ANA CLAUDIA RIBAS CABRAL  
 FLÁVIA RIBEIRO DE CARVALHO FERNANDES  
 PLANEJAMENTO E PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Nome: Gustavo Rodrigues Menezes | Aluno: Nivia Fiuza |
| Exame realizado em: 10/09/2013  |                    |



Técnicas Radiografias realizadas:

|   |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Periapical    | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Interproximal | 55 54 53 52 51          | 61 62 63 64 65          |
| <input type="checkbox"/> Oclusal                  |                         |                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Panorâmica    | 85 84 83 82 81          | 71 72 73 74 75          |
| <input type="checkbox"/> _____                    | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |

|          |          |                                      |                                      |                                      |                             |
|----------|----------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Anamnése | 11 / 51  | Cárie M/D                            | 21 / 61                              | Cárie M/D                            |                             |
|          | 12 / 52  | Cárie D                              | 22 / 62                              | Cárie M                              |                             |
|          | 13 / 53  | Hígido                               | 23 / 63                              | Hígido                               |                             |
|          | 14 / 54  | Cárie O/D profunda c/ necrose pulpar | 24 / 64                              | Cárie O/D profunda c/ necrose pulpar |                             |
|          | 15 / 55  | Cárie M                              | 25 / 65                              | Cárie M                              |                             |
|          | 16       | Hígido                               | 26                                   | Hígido                               |                             |
|          | 17       | Em formação                          | 27                                   | Em formação                          |                             |
|          | 18       | Ausente                              | 28                                   | Ausente                              |                             |
|          | História | 41 / 81                              | Hígido                               | 31 / 71                              | Hígido                      |
|          |          | 42 / 82                              | Em Erupção                           | 32 / 72                              | Ausência de Elemento Dental |
|          |          | 43 / 83                              | Hígido                               | 33 / 73                              | Hígido                      |
|          |          | 44 / 84                              | Cárie O/D profunda c/ necrose pulpar | 34 / 74                              | Raiz Residual               |
|          |          | 45 / 85                              | Cárie M                              | 35 / 75                              | Cárie M                     |
|          |          | 46                                   | Hígido                               | 36                                   | Hígido                      |
|          |          | 47                                   | Em formação                          | 37                                   | Em formação                 |
|          |          | 48                                   | Ausente                              | 38                                   | Ausente                     |



Nas avaliações complementares dos fatores de risco observou-se que apresenta idade de alto risco, apinhamento dentário, experiência anterior à cárie dentária, hipossalivação moderada em consequência da medicação para o controle da diabetes, padrão de cárie inativo, dieta de baixo ris-

co e higienização inadequada com pouca exposição ao flúor, ainda considerando-se que o responsável é colaborador e a expectativa profissional seja favorável, o paciente apresenta resistência a aderir às mudanças propostas.

Assim, com esse conjunto de fatores,

**(Anexo 4)**

|   |   |  |
|---|---|--|
| PLANO DE TRATAMENTO: Paciente: Gustavo Rodrigues Menezes  |   | Data: 08/10/2013   |
| URGÊNCIA: NDN   |   |  |
| FASE SISTÊMICA: Encaminhado para o Endocrinologista do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus em: 08/10/2013  |   |  |
| FASE PREPARATÓRIA:  |   |  |
| ETAPA PREVENTIVA:   |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evidenciação de placa bacteriana  | <input checked="" type="checkbox"/> Polimento coronário       | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação e motivação de higienização bucal                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aplicação tópica de flúor   |   | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação e motivação para dieta alimentar                      |
| Selante oclusal:<br>- resinoso: _____<br>- ionomérico: 16, 26, 36 e 46 _____<br>Remineralização: _____  |   |  |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO:  |   |  |
| Necessidade de Diagnóstico operatório: _____<br>Exodontia: 54, 61, 64, 74 e 84 _____<br>Tratamento endodôntico:<br>- pulpotomia: _____<br>- pulpectomia: _____<br>- penetração desinfetante: _____<br>Remoção total de tecido cariado e preenchimento:<br>- Ox. Zn: _____<br>- CIV convencional: 52 e 62 _____<br>Remoção parcial de tecido cariado e preenchimento:<br>- Ox. Zn: _____ |   |  |
| FASE ADEQUO-RESTAURADORA:   |   |  |
| Restauração co CIV resino-modificado: 55,65,75 e 85 _____<br>ART: _____   |   |  |
| <i>*Reavaliação do risco e procedimentos preventivos.</i>   |   |  |
| FASE RESTAURADORA:  |   |  |
| Restauração<br>- Amálgama: _____<br>- Resina Composta: 52 e 62 _____<br>Prótese:<br>- Unitária:<br>- coroa de aço: _____<br>- resina composta:<br>- direta: _____<br>- indireta: _____<br>- Parcial fixa: _____<br>- Parcial removível:<br>- mantenedor estético funcional: _____<br>- mantenedor de espaço: _____<br>- Total: _____  |   |  |
| <i>*Reavaliação do risco e procedimentos preventivos.</i>   |   |  |
| OUTROS PROCEDIMENTOS:   |   | ORIENTAÇÃO ORTODÔNTICA   |
| <input type="checkbox"/> Cirúrgico:   |   | Tratamento Ortodôntico <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não                               |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo:   |   | ( ) em observação, reavaliar em: ___/___/___ <input checked="" type="checkbox"/> tratamento imediato |
| <input type="checkbox"/> Outros:  |   | Encaminhamento <input checked="" type="checkbox"/> Ortodontia ( ) Odontopediatria                    |
| NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO:  |   |  |
| FASE DE MANUTENÇÃO  |   |  |
| Periodicidade inicial de retorno: Mensal, por 03 meses  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Testes salivares e bacteriológicos   | <input checked="" type="checkbox"/> Exame clínico             | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação e motivação para higienização bucal                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evidenciação de placa bacteriana  | <input type="checkbox"/> Exame radiográfico                   | <input checked="" type="checkbox"/> polimento coronário / radicular                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> índices de placa e sangramento gengival   | <input checked="" type="checkbox"/> Aplicação tópica de flúor | <input checked="" type="checkbox"/> Entrevista alimentar   |
|   |   | <input checked="" type="checkbox"/> Orientação e motivação para dieta alimentar                      |

Visto \_\_\_\_\_ em 08/10/2013



o paciente foi classificado de médio para baixo risco e baixa atividade de cárie.

Com isso, foi estabelecido o seguinte plano de tratamento (Anexo 4):

Obs.: Na fase sistêmica o paciente trouxe documento médico informando que

qualquer procedimento, inclusive as exodontias, poderia ser realizado desde que sua glicemia de jejum estivesse inferior a 140mg/dl e uso de anestésicos sem adrenalina. Após conclusão, o quadro final do tratamento apresenta-se na Figura 4:



Figura 4 – Aspecto final do tratamento.

#### COMENTÁRIOS

O relato deste caso clínico demonstra que a aplicação dos conceitos de doen-

ça, lesão, determinantes, risco e atividade de cárie são ferramentas importantes para uma prática odontológica resolutive, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Mostra, ainda, que planejamento é fundamental, respeitando-se os aspectos biopsicossociais de cada criança.

No caso clínico apresentado, seguiu-se essa orientação do plano de tratamento, apenas alterado pelo índice glicêmico do paciente, conforme orientação médica, no qual devia estar até 140mg/dl.

Vale ressaltar que o paciente apresentou-se com cáries inativas decorrentes da mudança brusca de sua dieta sem sacarose, devido a sua doença sistêmica, ou seja, antes de saber que era portador de diabetes tipo 1, possuía cáries ativas que eventualmente iriam progredir rapidamente, levando a um quadro clínico mais crítico.

O condicionamento do paciente também colaborou para o sucesso do tratamento. Após todas as consultas realizadas, com colaboração dos familiares em relação aos hábitos de higiene e com a dieta já estabilizada devido à doença sistêmica, conseguiu-se alcançar o resultado esperado e manter o baixo risco e a baixa atividade de cárie.

Atuou-se em todos os níveis de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Na UNICID foi encaminhado à Ortodontia para o tratamento corretivo, para a conclusão do plano de tratamento estabelecido, e realizadas consultas de manutenção mensal, pois a colocação do aparelho ortodôntico aumentou o risco de aparecimento de novas lesões cariosas.





## REFERÊNCIAS

1. Bo Krasse DDS. Risco de cáries: guia prático para controle e assessoramento. 2. ed. São Paulo: Quintessence; 1988.
2. Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos; 2005.
3. Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Premier; 1996.
4. Guedes-Pinto AC, Issao M. Manual de odontopediatria. 11. ed. São Paulo: Santos; 2006.
5. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância 2. ed. São Paulo: Santos; 2005.
6. Pereira LOA, Lopes G. Uma nova proposta em odontopediatria: fase adéquo-restauradora. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2008 set-dez;20(3):267-73.
7. Tapia-Rivera JG. Avaliação clínica da condições periodontais em pacientes sob tratamentos ortodôndicos convencional e lingual [Dissertação]. São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo; 2012.
8. Conceição MD, Fagundes RL, Marocchio LS. Técnica de sialometria para uso na prática clínica diária. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2006 set.-out.;60(5):350-4.

Recebido em 21/09/2016

Aceito em 08/12/2016

NIVIA FIUZA  
GERSON LOPES  
ANA CLAUDIA RIBAS CABRAL  
FLÁVIA RIBEIRO DE CARVALHO FERNANDES

PLANEJAMENTO E PLANO DE TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

