

Visão holística da saúde bucal de pacientes com traumatismo em dentes decíduos

Holistic view of the oral health in patients with primary teeth trauma

Michele Bolan*
Meire Coelho Ferreira*
Mariane Cardoso**
Maria José de Carvalho Rocha***

Resumo

A avaliação do perfil de pacientes atendidos em programas de saúde contribui para a detecção de possíveis fatores que podem influenciar na sua eficácia. O diagnóstico dos fatores colabora no estabelecimento de diretrizes que tornam os programas mais eficazes e em consonância com o paradigma de promoção de saúde. Diante disso, a presente pesquisa teve por objetivo realizar um levantamento das condições bucais das necessidades de tratamento e características dos pacientes do Programa de Atendimento ao Paciente Traumatizado – Dente Decíduo (PAPT), a fim de traçar uma estratégia de atenção odontológica. Foram examinadas 39 crianças entre três e oito anos, sendo registrado o índice de dentes cariados, perdidos e obturados nas dentições permanente e decídua (CPO-D e ceo-d, respectivamente), necessidades de tratamento, índice de placa visível modificado (IPV), índice gengival modificado (IG) e índice de placa corada (IPC), na região dos dentes traumatizados. Ainda foram registrados dados relativos à presença de hábitos não nutritivos e nutritivos dos pacientes, escolaridade dos pais e nível socioeconômico. Os dados referentes aos traumatismos dentários foram obtidos

nos prontuários do PAPT. Quanto aos hábitos, verificou-se que 18 crianças (46,2%) possuíam hábitos não nutritivos e 10 (25,7%), hábitos nutritivos. O IPV foi constatado em 38 crianças e o índice de placa visível na região do dente traumatizado (IPVr), em somente 10 (35,6%). Trinta e seis crianças (92,3%) apresentaram sangramento gengival à sondagem, ao passo que o índice gengival na região do dente traumatizado (IGr) esteve presente em somente seis (21,4%). A média do índice ceo-d foi de 2,6. O teste qui-quadrado não mostrou relação estatisticamente significativa entre IPVr e IGr com o tipo de trauma. A higiene no local do trauma não se relacionou com a sua gravidade. Conclui-se que a criança acometida por trauma dental necessita de uma motivação constante para a higienização bucal.

Palavras-chave: traumatismo dentário, dente decíduo, atenção integral à saúde, promoção de saúde, odontopediatria.

Introdução

De acordo com a literatura, 30 a 50% das crianças sofrem traumas na dentição decídua e, com o passar dos anos, há um aumento na frequência dessas injúrias, sendo a luxação o tipo de trauma mais freqüente (ANDREASEN e ANDREASEN, 1991). Por outro lado, Duarte et al. (2001) e Cardoso e Rocha (2004) relatam ser a intrusão o trauma mais prevalente, conquanto a concussão e a subluxação sejam subdiagnosticadas.

A luxação, leve ou severa, pode levar a um comprometimento do ligamento periodontal. Na ausência de uma correta higienização da área lesada, ocorre invasão bacteriana via sulco gengival, causando inflamação e, conseqüentemente, dificultando a cicatrização da região (CORDEIRO, 2004).

Na ocorrência de trauma leve é comum que os pais o ignorem em razão da falta de sinais clínicos relevantes. Geralmente, a procura pelo atendimento é decorrente de traumas que geram danos mais

* Mestre em Odontopediatria. Aluna do curso de Doutorado em Odontopediatria da UFSC.

** Doutora em Odontopediatria pela UFSC.

*** Doutora em Endodontia. Professora Assistente da disciplina de Odontopediatria da UFSC.

Recebido: 21.12.2004 Aceito: 15.08.2005

graves. É necessária a conscientização dos pais quanto à realização de um acompanhamento longitudinal, independentemente do tipo de trauma, já que as seqüelas podem surgir em curto, médio ou longo prazo. Quando os pais ou responsáveis pela criança procuram ajuda profissional diante de uma situação de trauma, de alguma forma já existe uma consciência da necessidade de tratamento e controle da injúria sofrida. Além disso, passa a existir uma grande preocupação tanto dos pais quanto do profissional em relação à higienização do elemento dental traumatizado, bem como da manutenção ou resgate da saúde bucal.

Para que o paciente traumatizado possa ser bem assistido é necessário que protocolos sejam criados com base em dados coletados de casuística (CARDOSO e ROCHA, 2004; ROCHA e CARDOSO, 2004). Não obstante, o atendimento desse paciente deverá ir além do trauma que motivou a procura por assistência profissional, como forma de evitar que outros fatores possam repercutir no restabelecimento da área afetada, reduzindo-se, assim, as complicações pós-trauma (CORDEIRO, 2004). Dessa forma, fazem-se necessárias ações odontológicas globais, baseadas no paradigma de promoção de saúde (KRIGER, 2003).

O planejamento das atividades de atenção à saúde, sejam educativas, preventivas ou curativas, numa abordagem individual ou coletiva, necessita ser baseado em informações e dados reais. Esse planejamento fornece um panorama da quantidade e da intensidade com que uma determinada enfermidade atinge os diferentes grupos que compõem a população à qual se destina o programa de atendimento (SILVEIRA, OLIVEIRA e PADILHA, 2002).

A educação do paciente é o fator-chave na prevenção (CORREA, 1998). É necessário o envolvimento dos pais quanto à orientação da dieta e da higiene bucal e em relação aos hábitos deletérios, a fim de estabelecer ou manter a saúde bucal infantil. A motivação dos pais é importante, assim como o conhecimento das condições sociais, eco-

nômicas e psicológicas do paciente e de seus familiares.

O tratamento do traumatismo é multidisciplinar, envolvendo, primeiramente, o resgate da saúde geral. Para o restabelecimento da área afetada é essencial o controle da placa bacteriana, de forma que o seu acúmulo não seja um fator adicional do agravamento no prognóstico do traumatismo (CORDEIRO, 2004; KENNY e BARRET, 2001).

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento das condições bucais, das necessidades de tratamento e características dos pacientes do Programa de Atendimento ao Paciente Traumatizado da Universidade Federal de Santa Catarina (PAPT), a fim de determinar a efetividade do programa, traçar o perfil desses pacientes e, assim, delinear uma estratégia de atenção odontológica global, além daquela prestada ao dente traumatizado.

Materiais e método

Foram examinadas 39 crianças, de três a oito anos, pertencentes ao PAPT da disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste programa é seguido o Protocolo UFSC (CARDOSO e ROCHA, 2004; ROCHA e CARDOSO, 2004) para o tratamento de pacientes com dentes decíduos traumatizados. Na consulta inicial, além do atendimento de urgência, o profissional orienta os pais em relação à dieta e à higiene bucal. Numa nova consulta, com o paciente sem dor, é realizada evidênciação de placa bacteriana e escovação supervisionada, feita pelo paciente ou responsável, seguida de aplicação tópica de flúor.

Os pacientes incluídos neste estudo foram examinados por um único examinador. Os dados pessoais (sexo, idade), os registros dos índices CPO-D, ceo-d, necessidades de tratamento, placa visível modificado (IPV) e gengival modificado (IG) foram anotados por um segundo profissional. Ao final da consulta foram realizados revelação de placa, registro do índice de placa corada (IPC) e escovação supervisionada. Um questionário com per-

guntas abertas sobre hábitos não nutritivos e nutritivos, escolaridade dos pais e nível socioeconômico foi respondido pelos responsáveis. Foram considerados hábitos não nutritivos o uso de chupeta, a onicofagia e a sucção dos dedos; como hábitos nutritivos deletérios, o uso de mamadeira. Dados como tipo de trauma (leve ou severo), número de dentes envolvidos, região (notação dental) traumatizada, uso de ferulização e tempo de permanência no programa foram retirados dos prontuários do PAPT.

Para o IPV foi quantificada somente a placa bacteriana presente nas superfícies vestibulares e palatinas dos incisivos centrais decíduos e permanentes, segundos molares decíduos e primeiros molares permanentes (SILNESS e LÖE, 1964; GREENE e VERMILLION, 1964). Para o IG modificado foi utilizada uma sonda milimetrada, a qual foi inserida cerca de 0,5 mm no sulco gengival para a avaliação da presença ou ausência de sangramento (LÖE e SILNESS, 1963). Para o IPC foram considerados todos os dentes presentes e todas as superfícies dentárias, com exceção das superfícies incisal e oclusal. O resultado desse índice foi obtido por meio do percentual de faces coradas, mediante uma equação a qual soma o número de superfícies coradas, divide esse número pelo total de superfícies presentes e multiplica o resultado por 100 (O'LEARY, DRAKE e NAYLOR, 1972). Na região dos dentes traumatizados foram registrados o índice de placa visível, índice gengival e índice de placa corada (IPVr, IGr, IPCr), a fim de determinar a influência do dente traumatizado na higienização.

Foram consideradas como necessidades de tratamento restaurações, tratamento endodôntico, exodontia, mantenedores e recuperadores de espaço, selantes e coroas anteriores.

Foi realizada análise estatística descritiva e associação entre a variável dependente – tipo de trauma – e as variáveis independentes – índice de placa visível e índice gengival da região do trauma – por meio do teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Resultados

Dentre as 39 crianças selecionadas, 22 eram do sexo feminino e 17 do masculino. A idade dos pesquisados variou de três anos e um mês a oito anos e um mês, com uma média de 6,4 anos.

Quanto ao grau de instrução das mães, a maioria possuía apenas o 1º grau de instrução formal (48,7%); 14 (35,9%) haviam cursado o 2º grau e seis (15,4%), o 3º grau. Em relação à renda familiar, constatou-se que 21 (53,8%) recebiam entre um e três salários mínimos; nove (23,1%), de três a cinco salários mínimos; cinco (12,8%) de cinco a oito salários mínimos e quatro, oito ou mais salários mínimos (10,3%).

Quanto aos hábitos, verificou-se que 18 crianças (46,2%) tinham hábitos não nutritivos, como uso de chupeta e sucção do dedo, e 10 (25,7%), hábitos nutritivos deletérios, como uso de mamadeira.

Em relação ao IPV, em apenas uma criança foi constatada sua ausência (2,5%), ao passo que nas demais (38 crianças) diagnosticou-se sua presença em pelo menos um dente. Porém, analisando a região do dente traumatizado (IPVr), 18 crianças (64,2%) não apresentavam placa visível (Fig. 1).

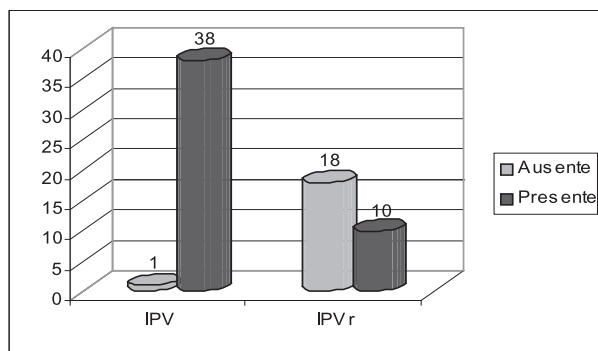


Figura 1 - Distribuição das crianças segundo a presença ou ausência de placa visível total (IPV) e placa visível na região (IPVr)

Na avaliação da condição periodontal, apenas três crianças (7,7%) foram consideradas sadias e 36 (92,3%) apresentaram sangramento gengival à sondagem. Na região do dente traumatizado, 22 crianças (78,5%) não apresentaram sangramento gengival à sondagem (Fig. 2). Dados referentes a IPVr e IGr de 11 crianças não foram quantificados, pois os dentes traumatizados, ou foram avulsionados ou já haviam esfoliados no momento do exame.

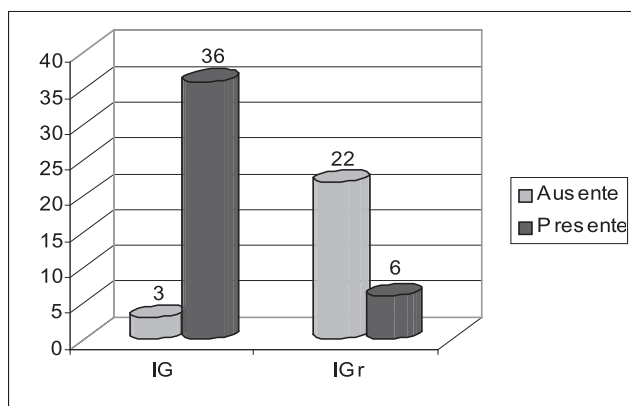


Figura 2 - Distribuição das crianças segundo a presença ou ausência de sangramento gengival total (IG) e sangramento gengival na região do dente traumatizado (IGr)

As médias do IPC e do IPCr foram de 44,5% e 40,1%, respectivamente; a média do índice ceo-d foi de 2,6. Quanto às necessidades de tratamento, além do dente traumatizado, observou-se que 22 crianças (54,6%) necessitavam de tratamento restaurador; quatro (10,2%), de tratamento endodôntico; três (7,7%), de exodontia e oito (20,5%), de mantenedor de espaço.

Quanto ao número de dentes afetados pelo trauma, verificou-se que 13 crianças (33,3%) tiveram um dente afetado, sendo em sete (18%) classificados como trauma leve e, em seis (15,4%), como trauma severo. Em 23 crianças (59%) o trauma atingiu dois dentes, sendo que em 12 (30,7%), os dois sofreram trauma leve e, em seis (15,4%), um dente sofreu trauma leve e, em cinco (12,8%), os dois dentes sofreram trauma severo. Somente três crianças (7,7%) tiveram três dentes afetados, das quais duas com trauma severo nos três dentes. Foram considerados traumas leves a concussão, a subluxação e a fratura coronária sem exposição pulpar; como traumas severos, a luxação lateral, a intrusão, a extrusão, a avulsão, a fratura coronária com exposição pulpar e a fratura radicular.

Com o teste qui-quadrado, verificou-se que não houve relação estatisticamente significativa entre IPVr e o tipo de trauma ($p = 0,196$) (Tab. 1) e entre o IGr e o tipo de trauma ($p = 0,891$) (Tab. 2). O IPCr produziu resultados semelhantes aos do IPVr.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa da variável índice de placa visível da região em relação ao tipo de trauma

Tipo de trauma	índice de placa visível da região		Total
	ausente n (%)	presente n (%)	
Traumas leves	10 (35,7)	8 (28,6)	18 (64,3)
Traumas severos	8 (28,5)	2 (7,2)	10 (35,7)
Total	18 (64,3)	10 (35,7)	28 (100)

$$\chi^2 = 232,08 \text{ g.l.}=2 \text{ p}=0,196$$

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa da variável índice gengival da região em relação ao tipo de trauma

Tipo de trauma	índice gengival da região		Total
	ausente n (%)	presente n (%)	
Traumas leves	14 (50)	4 (14,3)	18 (64,3)
Traumas severos	8 (28,5)	2 (7,2)	10 (35,7)
Total	22 (78,5)	6 (21,5)	28 (100)

$$\chi^2 = 232,08 \text{ g.l.}=2 \text{ p}=0,891$$

Discussão

Os insucessos nos traumatismos dentários têm causas multifatoriais, associadas especialmente aos fatores ligados à biologia dos tecidos (CARDOSO e ROCHA, 2004; ROCHA e CARDOSO, 2004). Borum e Andreasen (1998) ressaltaram a necessidade de serem implantados protocolos e estratégias de tratamentos para o traumatismo dental baseados em dados científicos, de forma a reduzir as complicações pós-trauma. No presente estudo, dados foram coletados com o intuito de verificar a efetividade do PAPT na atenção à saúde bucal das crianças traumatizadas.

O preenchimento criterioso da ficha clínica e, em especial, a coleta de dados concernentes à presença de placa dental e condição gengival (índice IPV, IG e IPC)

são essenciais em se tratando de pacientes traumatizados, visto que a higienização bucal é um fator de predição do sucesso do tratamento, devendo, por isso, ser constantemente motivada.

Grande parte dos pacientes desta pesquisa estava no período pré-escolar, época em que as crianças não possuem destreza manual, o que resulta numa higienização bucal deficiente quando praticada exclusivamente pelas crianças. Assim, nessa fase o auxílio de um adulto é essencial.

Os resultados em relação ao índice de placa visível e índice gengival são corroborados pelos estudos desenvolvidos por Jahn e Jahn (1997), Novais et al. (1997) e Scavuzzi et al. (2001), cuja prevalência de alteração periodontal variou de 74 a 100%. Esse elevado percentual revela que ações em saúde bucal devem ser intensificadas a fim de se promover a conscientização de sua importância. No entanto, quando se analisaram o índice de placa visível e o índice gengival somente na região dos dentes afetados pelo trauma, notou-se que houve uma redução nesses índices. Tais achados demonstram que as instruções dadas aos pais na primeira consulta em relação aos cuidados específicos com o local do trauma foram efetivas.

A princípio, levantou-se a hipótese de que os dentes afetados pelo trauma seriam negligenciados quanto a sua higienização, pelo receio dos pais em provocar dor adicional na região afetada ou por falta de treinamento adequado para limpar áreas traumatizadas. Entretanto, diante dos dados apresentados, fica demonstrada a rejeição dessa hipótese, ratificando que as instruções repassadas à mãe na consulta quanto ao trauma, sobre um maior cuidado nessa região, visto que a inflamação resultaria no insucesso do tratamento desses dentes ou na dificuldade de cicatrização da região, são levadas a sério. Foram excluídos deste cálculo os pacientes que tiveram seus dentes avulsionados pelo trauma ou que já haviam esfoliado no momento do exame.

Outro resultado importante encontrado foi que não houve re-

lação significativa entre o tipo de trauma e o IPVr e IGr, sugerindo que a gravidade do trauma não é um fator que dificulta a escovação dental. Andreasen e Andreasen (1991) relataram o risco de infecção provocada pelo impacto da placa bacteriana no local traumatizado, sendo os sinais da infecção traduzidos em tumefação, hemorragia espontânea, formação de abscesso e febre.

Em alguns casos de trauma dental faz-se necessária a utilização de ferulização, que é um fator adicional no acúmulo de placa bacteriana, requerendo um cuidado maior na higienização da região (GATEWOD e THORNTON, 1995). Nenhum paciente da amostra possuía ferulização no momento do exame, o que impossibilitou detectar a condição dental e gengival nesses casos.

Apesar de as crianças do estudo apresentarem média de ceo-d baixo em comparação à do primeiro estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie na dentição decídua realizado no Brasil com representatividade nacional (PINTO e LIMA, 1995), mais da metade da amostra apresentou necessidade de tratamentos restaurador, endodôntico e exodontia. Esses dados corroboram com o poder aquisitivo e nível de escolaridade baixa dos pais, fatores que reconhecidamente a influenciam no nível de saúde. A classe social interfere na formação de hábitos, costumes, aspectos culturais da dieta, conceito e valorização da saúde (RIPA, 1988; FRISSE, BEZERRA e TOLEDO, 1998).

Um dado preocupante observado foi que quase metade da amostra possuía algum hábito não nutritivo, o que mostra a necessidade de reforçar junto aos pacientes traumatizados e pais a importância do abandono desses hábitos, visto que a sua permanência poderá agravar o quadro do traumatismo e repercutir no prognóstico do caso. Esses achados são confirmados por Mortelleti e Needleman (1991), que verificaram hábitos bucais em 40% de uma amostra de 233 crianças com traumatismo em dente decíduo.

O estabelecimento de um programa de saúde bucal efetivo se faz mediante a avaliação do perfil do paciente a ser atendido, de for-

ma que as ações necessárias possam ser estabelecidas. Essas passam a ser a chave para o sucesso, visto que permitem ao profissional uma visão global das necessidades e a melhor forma de concretizá-las. Partindo desse princípio, todos os participantes da pesquisa que apresentaram novas necessidades de tratamento são atendidos por profissionais que atuam no PAPT, ou são agendadas consultas de retorno para controle das condições bucais gerais e da região traumatizada.

Conclusões

A análise dos dados permitiu concluir que:

- os pacientes que sofreram traumatismo dental necessitam de uma abordagem ampla quanto aos aspectos da saúde bucal;
- os pacientes e responsáveis bem instruídos e conscientizados higienizam corretamente o local do trauma, favorecendo o sucesso da intervenção realizada;
- a gravidade do trauma não dificulta a higienização do local traumatizado.

Abstract

Evaluation of the patient's profile in health programs contribute to detect possible factors that might influence the efficacy of such programs. The diagnosis of such factors helps on the establishment of parameters which might make these programs more efficient. From this point of view, the aim of this study was to know the oral conditions, treatment needs and characteristics of patients attending the primary teeth trauma program. Thirty-nine children aging 3 to 8 years were examined. DMFT and deft index, treatment needs, modified visible plaque index (VPI), modified gum bleeding index (GBI) and stain plaque index (SPI) were recorded. These indexes were recorded in traumatized region (VPIr, GBIr, SPIr). Nutritive and no-nutritive habits, socioeconomic levels and parents' scholarship were also assessed. Data from dental trauma were collected from the patients' records. It

was found that 18 children (46.2%) have no-nutritive habits and 10 children (25.7%) have nutritive habits. Visible plaque index was seen in 38 children. The trauma region visible plaque index was verified in only 10 children (35.6%). Thirty six children (92.3%) showed gingival bleeding on probing while the trauma region gingival index was present in only 6 children (21.4%). Mean of deft index was 2.6. Qui-squared test showed that there was no significant statistical difference between the VPIr, GBIr and type of trauma. The hygiene in trauma site does not depend on the trauma severity. It was concluded that children submitted to dental trauma need constant motivation toward oral hygiene.

Key words: tooth injuries, deciduous tooth, comprehensive health care, health promotion, pediatric dentistry.

Referências

- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. *Traumatismo dentário: soluções clínicas*. São Paulo: Panamericana, 1991.
- BORUM, M. K.; ANDREASEN, J. O. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. *Endod Dent Traumatol*, v. 14, n. 1, p. 31-44, Feb. 1998.
- CARDOSO, M.; ROCHA, M. J. C. Federal University of Santa Catarina follow-up management routine for traumatized primary teeth- part 1. *Dent Traumatol*, v. 20, p. 307-313, 2004.
- CORDEIRO, M. M. R. *Análise histopatológica de dentes deciduos com insucesso no tratamento endodôntico efetuado utilizando o protocolo UFSC, em função da cárie ou do traumatismo dental*. Tese (Doutorado em Odontopediatria) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
- CORREA, M. S. N. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 1998. 679p.
- DUARTE, D. A. et al. *Caderno de odontopediatria- Lesões traumáticas em dentes deciduos: tratamento e controle*. São Paulo: Santos, 2001. 45 p.
- FRISSE, G. M.; BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O. A. Correlação entre hábitos alimentares e cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses de idade. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v. 1, n. 2, p. 17-26, abr./jun. 1998.
- GATEWOOD, J. C.; THORNTON, J. B. Successful replantation and splinting of a maxillary segment fracture in the primary dentition. *Pediatr Dent*, v. 17, n. 2, p. 124-126, Mar./Apr. 1995.
- GREENE, J. C.; VERMILLION, J. R. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*, v. 68, p. 7-13, Jan. 1964.
- JAHN, M. R.; JAHN, R. S. Fique atento: criança também tem gengivite. *Rev Assoc Paul Cir Den*, v. 51, n. 4, p. 355-358, jul./ago. 1997.
- KENNY, D.; BARRET, E. J. Recent developments in dental traumatology. *Pediatr Dent*, v. 23, n. 6, p. 464-468. 2001.
- KRIGER, L. *Promoção em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 450 p.
- LÖE H.; SILNESS J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and Severity, *Acta Odontol Scand*, v. 21, p. 533, 1963.
- MORTELLITI, G. M.; NEEDLEMAN, H. L. Risk factors associated with atypical root resorption of the maxillary primary central incisors. *Pediatr Dent*, v. 13, n. 5, p. 273-277, Sept./Oct. 1991.
- NOVAIS, S. M. A. et al., Prevalência de gengivite em crianças de 02 a 06 anos de idade da cidade de Aracaju. *Rev Odontopediatria*, v. 5, n. 2, p. 55-60, abr./jun. 1997.
- O'LEARY, T. J.; DRAKE, R. B.; NAYLOR, J. E. The plaque control record. *J Periodontology*, v.43, n. 1, p. 38, Jan. 1972.
- PINTO, V. G.; LIMA, M. P. Redução da cárie dental no Brasil: estudo do Sesi. CONFERÊNCIA NO CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA ABO/DF. Brasília, 1995.
- RIPA, L. Nursing caries a comprehensive review. *Pediatr Dent*, v. 10, n. 4, p. 268-282, Dec. 1988.
- ROCHA, M. J. C.; CARDOSO, M. Federal University of Santa Catarina endodontic treatment of traumatized primary teeth- part 2. *Dent Traumatol*, v. 20, p. 314-326, 2004.
- SCAVUZZI, A. I. F. et al. Avaliação da presença de placa visível e ICNTP em crianças de 3 a 5 anos na Cidade de Feira de Santana-BA. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v. 4, n. 20, p. 309-316, jul./ago. 2001.
- SILNESS P.; LÖE H. Periodontal disease in pregnancy. *Acta Odontol Scand*, v. 22, p. 121, 1964.
- SILVEIRA, J. G. C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W. W. N. Avaliação da redução o índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras*, v. 16, n. 2, p. 169-174, 2002.

Endereço para correspondência

Michele Bolan
Rua Delminda da Silveira 235/101-E
CEP: 88025-500 - FLORIANÓPOLIS - SC
E-mail: michelebolan@hotmail.com