

Diretrizes para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde:

Manejo Clínico de Traumatismos Alveolodentários em Dentes Permanentes

Editora-Geral: Renata Maria Oliveira Costa

Coordenação Técnica-Geral: Wellington Mendes Carvalho

Autores e Painel de especialistas

Elaboração de texto

Helena Silveira Schuch, Letícia Regina Morello Sartori, Marília Leão Goettems, Nicole Aimée Rodrigues José, Betina Suziellen Gomes da Silva, Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa

Comitê Organizador

Helena Silveira Schuch, Letícia Regina Morello Sartori, Marília Leão Goettems, Marina Sousa Azevedo, Thays Torres do Vale Oliveira, Maximiliano Sérgio Cenci, Bruna Vetromilla, Ândrea Daneris, Yasmim Nobre

Painel de especialistas

Ândrea Daneris
Bruna Vetromilla Celso Caldeira
Cristina Braga Xavier
Deisi Lane Rodrigues
Francine Cardozo Madruga
Helena Silveira Schuch
Letícia Regina Morello Sartori
Lucianne Cople Maia
Marília Leão Goettems
Marina Sousa Azevedo
Maximiliano Sérgio Cenci
Paulo Floriani Kramer
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Thays Torres do Vale Oliveira
Vanessa Polina Pereira da Costa
Yasmim Nobre

|
GODeC – Global Observatory for Dental Care Group

Revisão Técnica

Amanda Pinto Bandeira Rodrigues de Sousa

Ana Beatriz de Souza Paes

Betina Suziellen Gomes da Silva

Élem Cristina Cruz Sampaio

Flávia Santos Oliveira de Paula

Laura Cristina Martins de Souza

Nicole Aimée Rodrigues José

Renato Taqueo Placeres Ishigame

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Sumaia Cristine Coser

Wellington Mendes Carvalho

RASCUNHO

APRESENTAÇÃO

A análise e síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica, bem como para a proposição de políticas públicas custo-efetivas, e cujos benefícios são consenso entre os atores envolvidos na produção de saúde, constitui-se como desafio para os formuladores de políticas públicas, gestores, e profissionais de saúde, dentre os quais estão os cirurgiões-dentistas (FAGGION; TU, 2007; SUTHERLAND, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pelo cuidado e resolução das principais condições de saúde das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a ordenadora da rede de atenção. É, portanto, elemento precípua da organização de sistemas de saúde efetivos, e no Brasil, tem na Estratégia Saúde da Família sua principal estratégia de organização. A APS está fundamentada nos atributos propostos por Barbara Starfield (2002), entre os quais estão o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação do cuidado. Além disso, a APS tem como compromisso o atendimento aos preceitos constitucionais e legais do SUS, entre os quais estão a universalidade, a integralidade e a equidade. A APS oferece melhores resultados de saúde a custos mais baixos para o Sistema de Saúde Pública, sendo importante para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON et al., 2018).

As ações em saúde realizadas na APS envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção e coordenação do cuidado em saúde das pessoas e suas famílias. Para o alcance desses atributos na APS, entre outras medidas, é recomendada a oferta de cuidados odontológicos, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB).

O processo de trabalho dessas equipes tem como diretriz a operacionalização dos fundamentos da APS, e deve ser norteado pelo compromisso de promover a resolução de mais de 80% dos problemas de saúde bucal da população, produzindo grande impacto na situação de saúde das pessoas e famílias, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

O Ministério da Saúde disponibiliza aos gestores, profissionais de saúde bucal e usuários um rol de ações dispostas na Carteira de Serviço da APS- não vinculativo ou exaustivo- a ser desenvolvido pelas eSB, conforme recursos disponíveis, demanda existente e processos de educação continuada ofertados.

Considerando todos os benefícios que a formulação de políticas baseada em evidências traz à sociedade, tanto no que tange à qualidade e segurança do cuidado produzido, quanto no emprego de recursos públicos para a adoção de políticas públicas de saúde efetivas, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, em parceria com a iniciativa GODEC (Global Observatory for Dental Care) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará no ano de 2022, 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado de saúde bucal ofertado na APS.

O GODEC/UFPel firmou cooperação com o Ministério da Saúde por intermédio do Termo de Execução Descentralizada para o desenvolvimento de 22 diretrizes para a prática clínica na Atenção Primária à Saúde (Processo nº 57/2019). Esta diretriz para a prática clínica na Atenção Primária para o manejo clínico de traumatismos alvéolos dentários em dentes permanentes é um dos produtos gerados com base nesse projeto de cooperação.

OBJETIVO

O objetivo do desenvolvimento dessa diretriz para a prática clínica é de fornecer recomendações para a consulta inicial e protocolo de acompanhamento de traumatismos alveolodentários em dentes permanentes na Atenção Primária à Saúde. Ela compõe o rol de documentos relacionados à saúde bucal que perpassa por todos os ciclos de vida, uma vez que esse agravo bucal pode acometer todos os usuários em diferentes situações.

Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde: Manejo Clínico de Traumatismos Alveolodentários em Dentes Permanentes

INTRODUÇÃO

O traumatismo alveolodentário (TAD) é uma lesão que atinge o dente e/ou suas estruturas de suporte com alta prevalência em crianças e adultos, representando 5,4% de todas as lesões traumáticas acidentais para as quais as pessoas procuram tratamento (Andreasen & Andreasen, 2007; Petersson et al., 1997; Petti et al., 2018). Embora o TAD seja um problema que acometa indivíduos de todas as idades, a literatura demonstra que crianças em idade escolar e adolescentes apresentam uma maior prevalência de lesões (Glendor, 2008). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010 - mostraram uma prevalência de traumatismo alveolodentário em incisivos entre crianças de 12 anos de 20,5% (BRASIL, 2012). Há evidência de que cerca de 1 a cada 5 adolescentes da América Latina e Caribe já experienciaram algum tipo de TAD em dentes permanentes, e esta prevalência tem se mantido estável ao longo do tempo (Aldrigui et al., 2013). De acordo com a literatura, esta prevalência pode chegar a 58,6% (Marcenes et al., 2001). Acredita-se, ainda, que a grande maioria dos casos de TAD identificados na vida adulta tenha ocorrido antes dos 19 anos de idade (Glendor, 2008).

Estudos que investigaram a necessidade de tratamento demonstraram que a maioria das lesões é de baixa gravidade e requer tratamento simples, como restauração de resina composta adesiva direta; mesmo assim, a maioria das lesões permanece sem tratamento (Schuch et al., 2012). Sabe-se que o correto manejo imediato do TAD é determinante no processo de reparo e, conseqüentemente, no prognóstico do dente traumatizado (Krstl et al., 2020). Portanto, qualquer traumatismo alveolodentário deve receber avaliação e acompanhamento clínico e radiográfico, devido ao potencial de sequelas assintomáticas ou complicações a longo prazo (Flores et al., 2007).

Importante considerar, também, o caráter irreversível do TAD, que pode variar desde uma lesão simples, como trinca de esmalte, até casos mais complexos, como avulsão dentária. O prognóstico dos casos em geral varia de

acordo com o tipo de lesão, e lesões mais graves apresentam prognósticos mais desfavoráveis. O adequado manejo do TAD visa a recuperação da polpa e dos tecidos perirradiculares por meio de reparo ou regeneração (Lam, 2016). O correto e oportuno manejo e acompanhamento de TAD visa minimizar o risco de complicações decorrentes do trauma e, quando estas acontecem, reduzir seus danos. As principais complicações de TAD observadas na literatura são lesão periapical, necrose pulpar e infecção, calcificação dos canais radiculares, reabsorção interna ou externa, perda do ligamento periodontal, e recessão dos tecidos moles e/ou cicatrização fibrosa. Ainda, TAD podem desencadear dor e desconforto, desalinhamento e descoloração dentária, dificuldade para comer e prejuízo estético (Lam, 2016., Levin et al., 2020).

É fundamental que os serviços de saúde bucal na Atenção Primária sejam organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, dando resposta às necessidades da população, mesmo que para casos específicos o profissional da APS necessite compartilhar o cuidado com colegas da Atenção Especializada ou da Atenção Hospitalar. Considerando a complexidade dos traumatismos, as condutas clínicas e orientações devem ter por base protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. Em alguns casos de traumatismos dento alveolares, os usuários podem procurar por atendimentos em outros pontos da rede de atenção à saúde do território, como unidades de pronto-atendimento e hospitais. Para essa diretriz, aplicam-se os casos em que os usuários tenham classificação de risco condizente com o atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS).

É importante salientar que o traumatismo alveolodentário pode ser resultante de violência doméstica ou em outros espaços de convívio do usuário, portanto ressalta-se o dever dos profissionais da APS verificarem se está sendo atendido o princípio constitucional da prioridade absoluta de proteção integral dos indivíduos e, caso não esteja, a notificação dos casos de violência às autoridades locais competentes deverá ser realizada.

A adaptação de uma diretriz para a prática clínica no contexto brasileiro e sua posterior disseminação auxiliará os profissionais no manejo e tratamento de lesões alveolodentárias traumáticas e proporcionará aos indivíduos cuidados de

alto nível baseados em evidências e consenso entre especialistas, profissionais da APS e gestores. Assim, o objetivo deste conjunto de diretrizes para a prática clínica é de estabelecer recomendações padronizadas para o manejo e tratamento de lesões alveolodentárias traumáticas em dentes permanentes na APS, de forma a sistematizar o cuidado oferecido à população e minimizar o impacto das lesões traumáticas na vida dos usuários e de suas famílias. O público-alvo desta diretriz, além da população em geral, inclui cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, gestores e formuladores de políticas públicas.

METODOLOGIA

Esse conjunto de diretrizes para prática clínica foi desenvolvido e reportado de acordo com o guia de reporte *The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II) (Brouwers et al., 2016).

O processo geral de adaptação dos guias foi realizado conforme o método da ferramenta de adaptação de diretrizes ADAPTE (*The ADAPTE Collaboration*, 2009; Brasil, 2014).

O processo ADAPTE consiste basicamente em três fases principais: fase de configuração, fase de adaptação e fase de finalização. Inicialmente, na fase de configuração deste conjunto de diretrizes, foi avaliada a possibilidade de adequação de diretrizes para a prática clínica já consolidadas, elencando as tarefas que deveriam ser concluídas antes do início da adaptação. Logo, em uma primeira etapa, identificou-se diretrizes existentes e avaliou-se a factibilidade da adaptação. A busca por diretrizes foi realizada através da pesquisa em websites de repositórios e bases de dados, procurando um maior número de diretrizes em potencial.

A segunda fase consistiu na formação do comitê organizador, que é o grupo responsável por supervisionar o processo de adaptação, determinar o escopo da diretriz, o desenvolvimento metodológico e organizacional.

Também, nessa etapa, foi formado o painel de especialistas, composto por diversos profissionais com experiência no tema. O painel realizou a elaboração, adaptação ou adoção das recomendações expressas neste guia, sendo constituído por professores e pesquisadores da área de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, odontopediatria e endodontia de diversas universidades

brasileiras, além de cirurgiões-dentistas, especialistas em Atenção Primária em Saúde, técnicos da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Ministério da Saúde e discentes de graduação e pós-graduação em Odontologia. No total, o painel de especialistas foi composto por 18 integrantes. Todos os integrantes do painel assinaram documentos de conflito de interesse, assegurando a isenção necessária para a construção das recomendações clínicas.

A recomendação baseada na melhor evidência científica disponível é o objetivo a ser alcançado em cada diretriz, sendo definida para cada questão prioritária, e submetida ao escrutínio de um painel de especialistas, que a avalia segundo 11 dimensões, a saber: 1) a importância do problema abordado; 2) os efeitos desejáveis trazidos pela intervenção abordada; 3) os efeitos indesejáveis trazidos pela intervenção; 4) a qualidade geral da evidência identificada; 5) os valores que os desfechos tratados possuem; 6) o balanço dos efeitos, considerando-se o custo-benefício da recomendação; 7) os recursos envolvidos na implantação da recomendação; 8) a qualidade das evidências que abordam os recursos envolvidos; 9) o custo-efetividade da intervenção; 10) a aceitabilidade da intervenção; e por fim, 11) sua viabilidade.

Sendo assim, cada diretriz aborda um tipo de problema, condição frequente nas equipes de Saúde Bucal da APS, sendo cada uma delas voltada para questões prioritárias que tratam de intervenções e desfechos. Após a conclusão das etapas acima narradas, cada diretriz trará um conjunto de recomendações fruto da consulta às evidências científicas associadas ao julgamento de um painel de especialistas que avaliarão outros aspectos além da qualidade da evidência para sustentar ou não as recomendações provenientes da literatura.

Para essa diretriz, o referido painel de especialistas foi composto por representantes da academia, do serviço e da gestão, a fim de que o maior número de atores envolvidos participasse dessa etapa.

Questões Prioritárias:

A diretriz para o manejo clínico de traumatismos alveolodentários em dentes permanentes foi desenvolvida com base em nove perguntas prioritárias,

desenvolvidas com base em demandas dos profissionais de saúde bucal que atuam na Atenção Primária à Saúde, absorvidas pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal e Ministério da Saúde:

1. Qual o manejo inicial indicado para os diferentes tipos de traumatismos em dentes permanentes atendidos na Atenção Primária?
2. Qual a documentação por imagem recomendada?
3. Quando é indicada estabilização (contenção) do dente, qual a duração e tipo recomendado?
4. Quando utilizar terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
5. Quais as recomendações para o reimplante de dentes permanentes avulsionados?
6. Quais os cuidados pós-trauma recomendados?
7. Quando prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
8. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após o traumatismo?
9. Quais os potenciais desfechos favoráveis e desfavoráveis para cada tipo de traumatismo?

Identificação de diretrizes ou revisões sistemáticas:

Foram realizadas buscas sistemáticas na literatura científica, com especial ênfase para a base de dados Medline (Pubmed). Buscas adicionais foram realizadas nos websites de Associações e Sociedades Científicas de Odontopediatria e Traumatismos Dentários.

As buscas na base de dados Medline (PubMed) foram realizadas considerando três subtópicos: traumatismo dentário, dentição permanente e diretrizes/revisão. As chaves de busca para cada um dos subtópicos estão apresentadas no Quadro 1 do Apêndice.

As buscas no PubMed, atualizadas até o dia 28 de julho de 2020, foram realizadas utilizando combinações dos subtópicos de palavras-chave e de filtros do próprio banco de dados. A chave de busca para traumatismos dentários resultou em 14.137 documentos. A de dentição permanente encontrou 9.505 estudos. A chave para capturar diretrizes identificou 222.311 documentos. E a chave de busca para revisão encontrou 3.332.388 estudos. Três buscas

combinadas foram realizadas: todas incluíram as chaves especificando TAD e dentição permanente, variando apenas a parte da chave de busca relacionada ao tipo de documento (diretrizes ou revisões). A primeira busca, combinando TAD, dentição permanente e a palavras-chave de diretrizes, encontrou 34 resultados. A segunda busca, na qual as palavras-chave de diretrizes foram substituídas pelas palavras-chave para revisões, identificou 150 documentos. Finalmente, uma busca com as palavras-chave de TAD e dentição permanente combinadas aos filtros de revisão e revisão sistemática do PubMed, portanto restringindo a busca a estudos categorizados como revisão na base de dados, encontrou 119 documentos.

Além disso, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados específicas para *guidelines*:

US National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov>)

Guidelines International Network (<http://www.g-i-n.net>)

Nas seguintes associações de Odontopediatria foram feitas buscas manuais:

Brasileira: Associação Brasileira de Odontopediatrias (ABOPED)
(<https://aboped.org/>)

Americana: *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD)
(<https://www.aapd.org/>)

Canadense: *Canadian Academy of Pediatric Dentistry* (CAPD)
(<https://www.capd-acdp.org/>)

África do Sul: *Paedodontic Society of South Africa* (PSSA)
(<https://paedodonticsociety.co.za/>)

Espanhola: *La Sociedad Española de Odontopediatría* (SEOP)
(<https://www.odontologiapediatrica.com/>)

Indiana: *Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* (ISPPD)
(<http://www.isppd.org.in/>)

Britânica: *British Society of Paediatric Dentistry* (BSPD)
(<https://www.bsdp.co.uk/>)

Européia: *European Academy of Paediatric Dentistry* (EAPD)
(<https://www.eapd.eu/>)

Latino-americana: *Asociación Latinoamericana de Odontopediatría* (ALOP)
(<https://www.alopodontopediatria.org/>)

Asiática: *Pediatric Dentistry Association of Asia*
(<http://pdaasia.org/?ckattempt=1>)

Internacional: *International Association of Pediatric Dentistry* (IAPD)
(<https://iapdworld.org/>)

Outras associações não vinculadas diretamente à Odontopediatria em que foram feitas buscas manuais:

International Association of Dental Traumatology (IADT) (<https://www.iadt-dentaltrauma.org/for-professionals.html>)

Canadense: *Canadian Dental Association* (CDA) http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfy/dental_care_children/

Americana: *American Dental Association* (ADA) (<https://www.ada.org/en>)

Após a busca inicial, a elegibilidade dos potenciais documentos identificados, foi avaliada por duas pesquisadoras independentes (HSSs e MLG).

Foram considerados elegíveis, diretrizes de prática clínica baseadas em evidências científicas (revisões sistemáticas) ou diretrizes de Associações e Sociedades Científicas reconhecidas internacionalmente como referências em Odontopediatria e em Traumatismos Alveolodentários. Não foram estabelecidas restrições em relação ao país de publicação, idioma e data de publicação.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- 1) diretrizes que não possuíssem etapa de revisão externa em seu processo de desenvolvimento (Item 13 do AGREE II);
- 2) diretrizes escritas por um único autor;
- 3) diretrizes baseadas apenas em opiniões de especialistas;
- 4) diretrizes sem referências.

A estratégia PIPOH (População, Intervenção, Profissionais, Outcomes-desfechos e Health care setting- contexto de serviço de saúde) foi utilizada para delimitar o escopo da diretriz.

População: crianças e adultos com traumatismo alveolodentário na dentição permanente

Intervenção: manejo dos diferentes tipos de traumatismo alveolodentário

Profissionais: cirurgiões-dentistas

Outcomes (desfechos): melhorar a abordagem ao traumatismo alveolodentário e minimizar as consequências

Health care setting (cenário de saúde) - contexto de serviço de saúde: sistema público de saúde

Através das buscas sistemáticas na literatura, 4 (quatro) diretrizes de Associações Científicas amplamente reconhecidas em Odontopediatria ou Traumatologia sobre o manejo e tratamento de TAD em dentes permanentes foram selecionadas para potencial adaptação. Houve concordância quanto à seleção dessas diretrizes, considerando a data recente de publicação e a relevância ao contexto brasileiro, já que são publicadas por uma instituição internacional reconhecida de traumatologia dentária e pela Associação Brasileira de Odontopediatria, ambas amplamente reconhecidas.

Diretrizes identificadas:

Diretriz n°1: *International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations*

Ano de publicação: 2020

Instituição: *International Association of Dental Traumatology*

Diretriz n°2: *International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth*

Ano de publicação: 2020

Instituição: *International Association of Dental Traumatology*

Diretriz n°3: Diretrizes Para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria

Ano de publicação: 2020

Instituição: Associação Brasileira de Odontopediatria

Diretriz n°4: *UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry: Treatment of avulsed permanent teeth in children*

Ano de publicação: 2012

Instituição: *British Society of Paediatric Dentistry*

Duas das diretrizes foram identificadas através da busca no PubMed (diretrizes nº1 e nº2), as restantes foram encontradas em *websites* de sociedades científicas. Embora outros documentos relevantes tenham sido identificados, por exemplo as versões anteriores das diretrizes de manejo de TAD da *International Association of Dental Traumatology*, os 4 (quatro) documentos selecionados foram incluídos por sua relevância, abrangência e por serem as versões mais atualizadas publicadas por suas respectivas associações.

A diretriz nº4, publicada em 2012, embora de relevância para o presente trabalho, não está disponível eletronicamente em sua totalidade. Após diversas tentativas de contato do comitê organizador com os autores da diretriz, sem sucesso, e considerando que as outras diretrizes identificadas são mais atuais, optou-se por adaptar as diretrizes nº1, nº2 e nº3. Além da data de publicação, as diretrizes selecionadas são mais relevantes ao contexto brasileiro, já que são publicadas por instituições internacionais e brasileiras, enquanto a diretriz nº4 foca em diretrizes para o contexto britânico.

Em relação à busca de revisões sistemáticas, foram encontradas e selecionadas 3 revisões (Adnan et al., 2018; Costa et al., 2017; Day et al., 2019). As revisões foram incluídas e analisadas de forma a dar suporte às recomendações avaliadas.

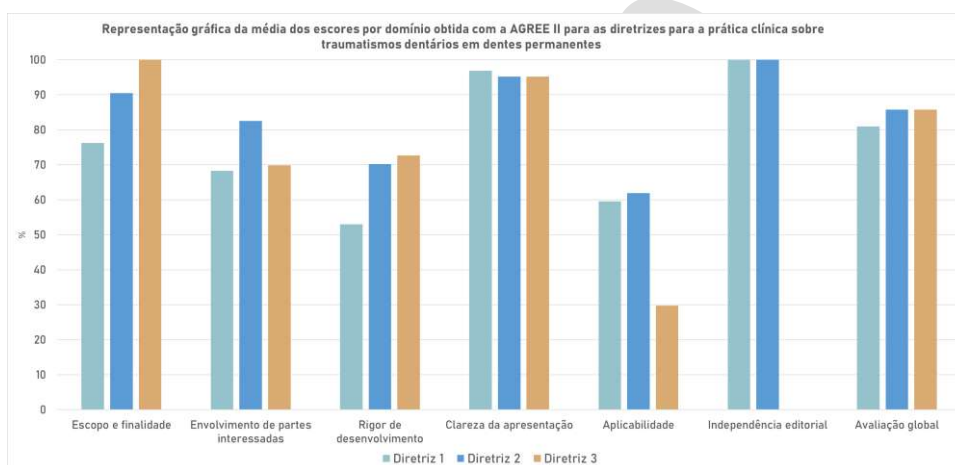
O fluxograma da busca por documentos encontra-se no Figura 1 do Apêndice.

Avaliação das diretrizes

Considerando as diretrizes e revisões sistemáticas identificadas na literatura, observou-se a viabilidade da adaptação dos documentos para o contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Previamente a sua adaptação, os documentos foram avaliados sistematicamente. O processo de avaliação das diretrizes nº1 (Bourguignon et al., 2020), nº2 (Fouad et al., 2020) e nº3 (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020) foi realizado por três avaliadores independentes, por meio da plataforma online do *The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II) (AGREE, 2012). A ferramenta possui 23 itens distribuídos em 6 domínios e uma avaliação geral. Para cada item o avaliador possui uma escala de 1 a 7, em que 1 o avaliador

discorda fortemente, quando a informação é “pobremamente reportada” no item ou “está ausente”, e 7 quando “concorda fortemente” e o relato “está excepcional e completo”. Foi determinado que diretrizes com um escore final acima de 60% seriam mantidas. A média da nota dos 3 guias selecionados para adaptação foi 84,1. A média obtida por cada diretriz em cada critério do instrumento pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Média dos escores por domínio e avaliação geral.



A escolha das diretrizes e avaliação da qualidade foi apresentada ao painel. Houve consenso do painel sobre a aceitabilidade e aplicabilidade dos documentos para o contexto do Sistema Único de Saúde.

Desenvolvimento da diretriz adaptada

Após a seleção e avaliação dos guias, juntamente com a definição das questões de pesquisa, iniciou-se a elaboração das matrizes de recomendação, cujo objetivo foi agrupar as recomendações por similaridade de tema. As matrizes criadas listaram as recomendações de cada diretriz para os tipos específicos de TAD em cada questão prioritária. As matrizes embasaram o trabalho do painel de especialistas, que pôde comparar as recomendações propostas pelas diretrizes pré-existentes e, desta forma, por meio da experiência dos profissionais e análise das evidências, definir se as recomendações seriam adotadas ou adaptadas ao contexto da APS (Apêndice 3). As diretrizes foram aceitas, com modificações em alguns pontos específicos, adaptando-as ao contexto do painel e do público-alvo.

O processo de decisão baseou-se no método de consenso, com especial cuidado ao realizar modificações de recomendações pré-existentes. Assim, o painel criou uma diretriz adaptada considerada aceitável para o contexto e abordando todas as perguntas em saúde.

Nomenclatura: recomendação e sugestão

Este conjunto de diretrizes segue uma padronização de nomenclatura utilizada em outros protocolos clínicos (GODEC, 2021), onde as abordagens são sugeridas ou recomendadas, de acordo com a força da evidência de suporte e da importância de tal procedimento para um melhor prognóstico do dente. Salienta-se que, ao examinar a literatura acerca de traumatismos dentários, há uma limitação metodológica nos estudos primários. Considerando o desfecho TAD, a condução de ensaios clínicos randomizados é difícil e em muitos casos até inviável. Como reflexo desta limitação, o conjunto de evidências disponíveis no assunto é baseado em revisões de estudos observacionais e consensos de especialistas.

Ainda, ao decidir por recomendar ou sugerir uma abordagem, o painel também levou em consideração o contexto da APS e as limitações logísticas das recomendações.

Quando há a **recomendação** de uma abordagem, o painel de especialistas entende que o procedimento recomendado é fundamental para o prognóstico do complexo dento-alveolar. Já o termo “**sugestão**” ou “**sugerido**” é empregado em contextos em que, embora o procedimento seja importante para o monitoramento da evolução do caso, acredita-se que, em geral, não seja imprescindível para o curso do tratamento.

As tabelas com a síntese de evidências, resumos dos achados da literatura e fluxogramas para tomada de decisões em relação às recomendações podem ser consultadas no site: www.ufpel.edu.br/godec

Recomendações para manejo de traumatismos alveolodentários em dentes permanentes na APS

É fundamental destacar o escopo desta diretriz para o manejo de TAD em dentes permanentes. Ela se propõe a qualificar o atendimento da Atenção

Primária à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. É focada no manejo inicial da lesão traumática. Portanto, embora o manejo a médio e longo prazo seja de suma importância para o prognóstico do dente traumatizado, tal manejo está além do limite proposto por este conjunto de diretrizes. Destaca-se que frente a situações que envolvam TAD, durante a realização da anamnese, caso os profissionais da APS se deparem com um caso suspeito ou confirmado de violência, a ficha de notificação compulsória deve ser preenchida em duas vias, ficando uma cópia na unidade notificadora, juntamente com o prontuário do paciente, pois se trata de um documento odontolegal. E a outra via deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica.

Durante as discussões do painel de especialistas para a adaptação da diretriz, levou-se em consideração o contexto da APS e as limitações logísticas das recomendações. Por exemplo, embora consultas de acompanhamento e radiografias mais frequentes sejam úteis para o monitoramento do traumatismo alveolodentário, o painel optou por recomendações e sugestões um pouco mais flexíveis, mas de forma a promover um acompanhamento suficientemente adequado para detecção de potenciais sequelas. Portanto, as recomendações consideram a abordagem que garante um melhor prognóstico, dentro da possibilidade das circunstâncias em que a diretriz será primariamente empregada.

Além disso, ressalta-se que as recomendações de manejo propostas nessa diretriz tem como foco a grande maioria dos casos clínicos. A experiência clínica do profissional e o bom senso em aplicar seus critérios de julgamento devem guiar a abordagem de casos que fogem à regra. Ainda, o profissional deve levar em consideração que o tratamento de injúrias traumáticas é potencialmente estressante e, em casos de dentes permanentes jovens, os pacientes podem ser crianças ou adolescentes. Assim, é recomendado um cuidado especial da equipe de Saúde Bucal no atendimento de casos de TAD em pacientes mais jovens, discutindo com as famílias as diferentes opções de tratamento, considerando a maturidade do paciente e seu nível de cooperação com os procedimentos. Ademais, somente a utilização destas recomendações não garante um prognóstico favorável, sendo esse, sensível às particularidades

e especificidades de cada caso e às variações individuais de progressão em casos de TAD.

Ainda, casos de traumatismos alveolodentários podem causar um distúrbio direto ou indireto à polpa dentária e requerem um cuidado endodôntico especial. Além da necessidade de monitoramento da vitalidade pulpar em todos os casos de TAD, os casos mais graves exigem tratamento endodôntico e monitoramento a longo prazo. Quando houver disponibilidade de cirurgiã(o)-dentista tecnicamente habilitado, insumos e equipamentos adequados, sugere-se que casos de TAD sejam manejados no âmbito da APS. Entretanto, não havendo tais condições em casos mais complexos de TAD, que estejam além do escopo dessa diretriz, devem ser compartilhados com profissionais de saúde bucal na atenção especializada e, às vezes, até na atenção hospitalar, pois podem requerer intervenções endodônticas, protéticas, ortodônticas ou cirúrgicas não disponíveis na APS. Casos mais complexos de TAD deverão ser encaminhados a um serviço especializado ou de referência em tempo hábil para manutenção do dente afetado e, neste caso, as condutas iniciais deverão ser adotadas pelo profissional da APS durante o primeiro atendimento. Ademais, o monitoramento radiográfico é imprescindível para garantir o melhor prognóstico possível aos casos de TAD. Portanto, o painel reforça o papel da atenção especializada no tratamento de casos de TAD e pontua a importância de procedimentos endodônticos, protéticos, ortodônticos e cirúrgicos para casos complexos de TAD, assim como a importância de acompanhamento radiográfico em todos os tipos de TAD.

A seguir, são apresentadas as recomendações do GODEC para os diferentes tipos de TAD, seguindo as perguntas prioritárias apresentadas na Metodologia. Todas as recomendações foram embasadas e adaptadas das diretrizes da Associação Brasileira de Odontopediatria (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020) e da *International Association of Dental Traumatology* (Bourguignon et al., 2020; Fouad et al., 2020), identificadas e descritas na seção de Metodologia.

TRINCA DE ESMALTE EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura incompleta do esmalte sem perda de estrutura dentária (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 1. Recomendações GODEC para manejo clínico de trinca de esmalte

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Na grande maioria dos casos, não há a necessidade de intervenção. Entretanto, em casos de trincas mais severas, pode ser realizado o condicionamento da superfície dentária com ácido e sistema adesivo e o selamento com resina composta.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Não há a recomendação de tomadas radiográficas. Em situações clínicas onde com as trincas de esmalte coexistam outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de prescrição de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas onde com a trinca de esmalte coexistam outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.
6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Não há a necessidade de terapias endodônticas. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a trinca de esmalte, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.
7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?
Recomenda-se que o monitoramento clínico seja realizado 1 ano após a ocorrência do trauma. Posteriormente, recomenda-se que o monitoramento clínico seja realizado em consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.
8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Para trincas de esmalte, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, lesão periapical e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

RASCUNHO

FRATURA DE ESMALTE EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura restrita ao esmalte com a perda de estrutura dentária (Andreasen et al., 2007; American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Quadro 2. Recomendações GODEC para manejo clínico de fratura de esmalte

<p>1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?</p> <p>Recomenda-se a suavização ou o arredondamento de bordos cortantes ou, em casos mais extensos com comprometimento de forma, a restauração estética do dente. Em casos específicos e restritos, a colagem do fragmento de esmalte pode ser realizada, caso o fragmento dentário esteja disponível. Orientações sobre o armazenamento e transporte do fragmento dentário estão presentes em seção específica ao final do documento.</p>
<p>2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?</p> <p>Não há a recomendação de tomadas radiográficas voltadas ao elemento dental afetado pela fratura de esmalte, podendo esta ser indicada quando considerados possíveis desfechos adversos deste tipo de TAD e a demanda de tomadas radiográficas para a APS. É indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele, por exemplo nos lábios. Adicionalmente, em situações clínicas onde outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.</p>
<p>3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?</p> <p>Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.</p>
<p>4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?</p> <p>Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.</p>
<p>5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?</p> <p>Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.</p>
<p>6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?</p> <p>Não há a necessidade de terapias endodônticas. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.</p>

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se que o monitoramento clínico seja realizado 1 ano após a ocorrência do trauma. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Para fraturas de esmalte potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, calcificação pulpar, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta. Para dentes restaurados, podem ocorrer o colapso ou a perda da restauração. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhado em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

FRATURA DE ESMALTE E DENTINA SEM ENVOLVIMENTO PULPAR EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura da estrutura dentária envolvendo esmalte e dentina sem envolvimento pulpar (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 3. Recomendações GODEC para manejo clínico de fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
O manejo recomendado consiste em inicialmente proteger o complexo dentário-pulpar. O reestabelecimento estético pode ser obtido pela colagem do fragmento dentário com condicionamento ácido/adesivo e resina composta, quando este está presente e sua adaptação é viável. Ainda, pode ser realizada a restauração estética com resina composta. Orientações sobre armazenamento e transporte do fragmento dentário estão presentes em seção específica ao final do documento. Caso o fragmento dentário não esteja presente e a restauração definitiva não possa ser realizada no primeiro momento, deve-se realizar um procedimento provisório para proteção do complexo dentário-pulpar, por exemplo, uma restauração com cimento de ionômero de vidro.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Sugere-se a realização de uma radiografia periapical do dente traumatizado para monitoramento e acompanhamento a longo prazo. É indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele. Adicionalmente, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.

6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Não há a necessidade de terapias endodônticas, somente a adequada proteção do complexo dentino-pulpar. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.
7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?
Recomenda-se monitoramento clínico da fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar entre 2 e 6 meses e em 1 ano após a ocorrência do trauma. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontrados em seção específica ao final do documento.
8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?
O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, calcificação pulpar, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta. Para dentes restaurados, podem ocorrer o colapso ou a perda da restauração. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.
Literatura de suporte: Guias IADT e ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).
Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

FRATURA DE ESMALTE E DENTINA COM ENVOLVIMENTO PULPAR EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura da estrutura dentária envolvendo esmalte e dentina com envolvimento pulpar (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 4. Recomendações GODEC para manejo clínico de fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Recomenda-se inicialmente o adequado manejo do complexo dentino-pulpar. Para dentes com viabilidade pulpar, terapias endodônticas conservadoras podem ser adotadas. Abordagens pulpares conservadoras devem ser realizadas com materiais biocompatíveis, especialmente em dentes com rizogênese incompleta. Para polpas com sinais de inflamação pulpar irreversível, necrose ou dentes com traumas extensos que inviabilizem a retenção da restauração, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Como estratégias restauradoras podem ser adotadas a colagem do fragmento dentário, caso esteja disponível e a adaptação ao dente seja viável, ou a restauração estética com resina composta. Orientações sobre o armazenamento e transporte do fragmento dentário estão presentes em seção específica ao final do documento.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Sugere-se uma radiografia periapical do dente traumatizado para monitoramento e acompanhamento a longo prazo. É indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele. Adicionalmente, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam, com a fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas onde coexistam a fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar e outros

traumatismos alveolodentários, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.

6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?

Para dentes com viabilidade pulpar, principalmente em dentes com rizogênese incompleta, o uso de terapias pulpares conservadoras, como capeamento direto, curetagem pulpar e pulpotomia, é recomendado. Para polpas necróticas ou dentes com traumas extensos que dificultem a retenção da restauração, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma e, monitoramento clínico anualmente por no mínimo 5 anos. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Para fraturas de esmalte e dentina com envolvimento pulpar potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, calcificação pulpar, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Para dentes restaurados, podem ocorrer o colapso ou a perda da restauração. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

FRATURA CORONORRADICULAR SEM ENVOLVIMENTO PULPAR EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura da estrutura dentária envolvendo esmalte, dentina e cimento sem envolvimento pulpar (Andreasen et al., 2007; American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Quadro 5. Recomendações GODEC para o manejo clínico de fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Recomenda-se iniciar o manejo com a remoção do fragmento dentário coronário com maior mobilidade, se estiver presente. Em lesões mais superficiais, com menor envolvimento periodontal, é possível reestabelecer a estética e a função através de colagem do fragmento ou restauração direta. Se não for possível realizar o reestabelecimento estético e funcional na primeira consulta, recobrir a dentina exposta com cimento de ionômero de vidro até a colagem do fragmento ou restauração com resina composta. Orientações sobre o armazenamento e transporte do fragmento dentário estão presentes em seção específica ao final do documento.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Recomenda-se uma radiografia periapical do dente traumatizado, para avaliação da extensão da linha de fratura, monitoramento e acompanhamento a longo prazo. É indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele. Adicionalmente, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas nas quais outros traumatismos alveolodentários que exijam estabilização coexistam com a fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar, a

orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.

6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?

Não há a necessidade de terapias endodônticas, somente a adequada proteção do complexo dentino-pulpar. Entretanto, na impossibilidade de retenção de restauração, tratamento endodôntico radical/pulpectomia pode ser necessário. Em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde à do TAD mais grave presente.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico da fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar entre 2 a 6 meses após a ocorrência do trauma e, monitoramento clínico anualmente por no mínimo 5 anos. Posteriormente, é indicado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Para fraturas coronorradiculares sem envolvimento pulpar potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, calcificação pulpar, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Ainda, podem ocorrer o colapso ou a perda da restauração, perda de margem óssea e inflamação periodontal. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

FRATURA CORONORADICULAR COM ENVOLVIMENTO PULPAR EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura da estrutura dentária envolvendo esmalte, dentina e cimento com envolvimento pulpar (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 6. Recomendações GODEC para o manejo clínico de fratura coronoradicular com envolvimento pulpar

<p>1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?</p> <p>Recomenda-se iniciar o manejo com a remoção do fragmento dentário coronário com maior mobilidade. Em dentes com rizogênese completa, sugere-se a pulpectomia e recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Em dentes com rizogênese incompleta e vitalidade pulpar, terapias pulpares conservadoras com materiais biocompatíveis podem ser adotadas. Além do tratamento pulpar, em lesões mais superficiais, após o adequado manejo do complexo dentino-pulpar, com menor envolvimento periodontal é possível reestabelecer a estética e a função através de colagem do fragmento ou restauração direta em seção específica ao final do documento. Em dentes com sinais clínicos de inflamação irreversível ou necrose pulpar ou dentes com polpa vital, mas sem viabilidade de retenção de restauração direta, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Em casos de fraturas extensas que inviabilizem a restauração direta, além do tratamento endodôntico radical, tratamento ortodôntico ou tratamento cirúrgico periodontal pode ser realizado. Sempre que possível realizar a colagem do fragmento ou a restauração definitiva na primeira consulta. Se não for possível realizar o reestabelecimento estético na primeira consulta, recobrir a dentina exposta com cimento de ionômero de vidro até a colagem do fragmento ou restauração com resina composta. Orientações sobre o armazenamento e transporte do fragmento dentário estão presentes em seção específica ao final do documento.</p>
<p>2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?</p> <p>Recomenda-se uma radiografia periapical do dente traumatizado para avaliação da extensão da linha de fratura, monitoramento e acompanhamento a longo prazo e avaliar o grau de rizogênese, a fim de definir o tratamento pulpar adequado. É indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele. Adicionalmente, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam a fratura coronoradicular com envolvimento pulpar, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.</p>
<p>3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?</p>

Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.

4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?

Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.

5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?

Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas onde coexistam a fratura coronorradicular com envolvimento pulpar e outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.

6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?

Em dentes com rizogênese incompleta e viabilidade pulpar, terapias pulpares conservadoras com materiais biocompatíveis podem ser adotadas. Em dentes com rizogênese completa, sugere-se a pulpectomia e recomenda-se o tratamento endodôntico radical. Em dentes com sinais clínicos de inviabilidade pulpar ou necrose pulpar ou dentes com polpa vital e inviabilidade de retenção de restauração direta, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento e radiográfico da fratura coronorradicular com envolvimento pulpar entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma e, monitoramento clínico por no mínimo 5 anos. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Para fraturas coronorradiculares com envolvimento pulpar potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Ainda, podem ocorrer o colapso ou a perda da restauração, perda de margem óssea e inflamação periodontal. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

FRATURA RADICULAR EM DENTE PERMANENTE

Perda de continuidade ou ruptura da estrutura dentária envolvendo dentina radicular e cimento com envolvimento pulpar (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 7. Recomendações GODEC para o manejo clínico de fratura radicular

<p>1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?</p> <p>O manejo recomendado para fraturas radiculares inicia-se pelo reposicionamento do fragmento dentário coronário, caso este esteja deslocado. Em todos os casos recomenda-se o uso de contenção rígida que permita a estabilização do dente por um período de 2 a 4 meses após a fratura. Nenhuma abordagem endodôntica deve ser iniciada na consulta odontológica imediata ao trauma. Em casos de fratura radicular do tipo vertical ou cominutiva, recomenda-se a exodontia do elemento dentário.</p>
<p>2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?</p> <p>Recomenda-se a realização de uma radiografia periapical do dente traumatizado para monitoramento e acompanhamento a longo prazo. Sugere-se radiografias com diferentes angulações para confirmação diagnóstica. Em outras situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a fratura radicular, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.</p>
<p>3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?</p> <p>Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.</p>
<p>4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?</p> <p>Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.</p>
<p>5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?</p> <p>Recomenda-se estabilização com contenção rígida por um período de 2 a 4 meses. Mais informações sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.</p>
<p>6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?</p> <p>Nenhuma abordagem endodôntica deve ser iniciada na consulta odontológica imediata ao trauma. Quando há indícios de necrose pulpar, como dor, escurecimento ou ausência de resposta aos testes de viabilidade pulpar, a maioria das fraturas radiculares em terços médio e apical cicatriza adequadamente e não requer tratamento endodôntico. Em dentes com</p>

rizogênese incompleta, recomenda-se monitorar a vitalidade pulpar. Em dentes com rizogênese completa e fraturas radiculares entre terço médio e apical, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia do fragmento coronário. Em dentes com linhas de fratura em terço cervical da raiz, com a inviabilidade de retenção de restauração direta, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia e restauração da coroa com retentor intrarradicular.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se o monitoramento clínico e radiográfico da fratura radicular com radiografias periapicais em 1 mês, 2 a 6 meses e anualmente por no mínimo 5 anos após a ocorrência do traumatismo. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Para fraturas radiculares, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, extrusão ou mobilidade excessiva do segmento coronário, necrose pulpar e infecção com sinais clínicos de inflamação na linha de fratura e, a detecção radiográfica de áreas radiolúcidas na linha de fratura. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias IADT e ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

Manejo de tipos específicos de trauma em periodonto de sustentação

CONCUSSÃO EM DENTE PERMANENTE

Injúria leve a estruturas periodontais de suporte dentário sem perda ou deslocamento do dente (Andreasen et al., 2007; American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Quadro 8. Recomendações GODEC para o manejo clínico de concussão

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Não requer intervenção ou tratamento.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Sugere-se monitoramento radiográfico da concussão entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma, com radiografia periapical. Em situações clínicas onde coexistam com a concussão outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre a documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Não há a necessidade de contenção. Entretanto, em situações clínicas onde coexistam com a concussão, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.
6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Não há a necessidade de terapias endodônticas. Entretanto, em situações clínicas em que outros traumatismos alveolodentários coexistam com a concussão, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.
7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?
Recomenda-se monitoramento clínico da concussão entre 2 e 6 meses e em 1 ano após a ocorrência do trauma. Sugere-se monitoramento radiográfico da concussão entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma, com radiografia

periapical. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento clínico seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Após concussões, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e inflamação, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

SUBLUXAÇÃO EM DENTE PERMANENTE

Injúria a estruturas periodontais de suporte dentário com dano às fibras do ligamento periodontal e leve mobilidade, mas sem o deslocamento do dente, caracterizada clinicamente pelo sangramento no sulco gengival (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 9. Recomendações GODEC para o manejo clínico de subluxação

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Em geral intervenções não são necessárias. Em caso de mobilidade excessiva ou sensibilidade ao morder, contenção flexível pode ser utilizada por até 2 semanas.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Sugere-se monitoramento radiográfico da subluxação entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma, com radiografia periapical. Em situações clínicas onde coexistam com a subluxação outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre documentação por imagem a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação por imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Em casos específicos em que haja mobilidade excessiva ou sensibilidade ao morder, contenção flexível pode ser utilizada por até 2 semanas. Entretanto, em situações clínicas onde coexistam com a subluxação outros TAD, a orientação sobre estabilização a ser seguida corresponde a do trauma mais grave presente. Mais informações sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.
6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Não há a necessidade de terapias endodônticas no manejo inicial pós-traumático. Entretanto, em situações clínicas onde coexistam com a subluxação outros traumatismos alveolodentários, a orientação sobre terapias endodônticas a ser seguida corresponde a do TAD mais grave presente.
7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico da subluxação entre 2 e 6 meses e em 1 ano após a ocorrência do trauma. Sugere-se monitoramento radiográfico da subluxação entre 2 e 6 meses após a ocorrência do trauma, com radiografia periapical. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento clínico seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é favorável. Após subluxações, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, calcificação pulpar, necrose pulpar e inflamação, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Além disso, ocorre a possibilidade de reabsorção inflamatória externa. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias ABOPED e IADT (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

LUXAÇÃO LATERAL EM DENTE PERMANENTE

Injúria a estruturas periodontais de suporte com o deslocamento do dente em direção não axial, como em direção palatina ou vestibular, frequentemente associados com fratura da tábua óssea (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 10. Recomendações GODEC para manejo clínico de luxação lateral

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
O manejo recomendado inicia-se com o reposicionamento manual do dente o mais breve possível e a sua estabilização com contenção flexível de 2 a 4 semanas. Caso haja interferência oclusal após o reposicionamento, alívio oclusal através de breve desgaste dentário pode ser realizado. Em dentes com rizogênese incompleta, recomenda-se o monitoramento da vitalidade pulpar. Para dentes com rizogênese completa, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Recomenda-se uma radiografia periapical inicial em até 2 meses para monitoramento e acompanhamento. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de medicação sistêmica antibacteriana. Em alguns casos específicos e graves em que haja grande movimentação do elemento dentário lateralmente, antibioticoterapia pode ser indicada, conforme apresentado em seção específica ao final do documento.
4. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Recomenda-se estabilização com o uso de contenção flexível de 2 a 4 semanas após o reposicionamento do dente. Em casos de fratura de tábua óssea associada, indica-se a contenção rígida por no mínimo 45 dias. Mais informações sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.
5. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Para dentes com rizogênese incompleta a vitalidade pulpar deverá ser monitorada e, em caso de sinais e sintomas clínicos de necrose ou reabsorções radiculares, recomenda-se o tratamento endodôntico

radical/pulpectomia. Para dentes com rizogênese completa, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.

6. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico em até 2 meses após a ocorrência do trauma. Ainda, recomenda-se monitoramento clínico e sugere-se monitoramento radiográfico com radiografia periapical entre 2 e 6 meses após o trauma. Monitoramento clínico é recomendado anualmente por no mínimo 5 anos. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

7. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Após luxações laterais, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Além disso, ocorre a possibilidade de reabsorção inflamatória externa, reabsorção substitutiva externa, colapso do osso marginal, anquilose e infra-oclusão. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias IADT e ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

LUXAÇÃO EXTRUSIVA EM DENTE PERMANENTE

Injúria a estruturas periodontais de suporte com o deslocamento do dente em direção axial para fora do alvéolo, seguido por estiramento do feixe vasculo-nervoso (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 11. Recomendações GODEC para manejo clínico de luxação extrusiva

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
O manejo recomendado inicia-se com o reposicionamento manual do dente e a sua estabilização com contenção flexível de 2 a 4 semanas. Caso haja interferência oclusal após o reposicionamento, alívio oclusal através de breve desgaste dentário pode ser realizado.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Recomenda-se uma radiografia periapical inicial em até 2 meses para monitoramento e acompanhamento. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Não há a necessidade de prescrever medicação sistêmica antibacteriana.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Recomenda-se estabilização com o uso de contenção flexível que permita a estabilização do dente de 2 a 4 semanas após o reposicionamento dentário. Mais informações sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.
6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Para dentes com rizogênese incompleta a condição pulpar deverá ser monitorada e, em caso de sinais e sintomas clínicos de necrose ou reabsorções, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Para dentes com rizogênese completa recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.
7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?
Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico em até 2 meses após a ocorrência do trauma. Ainda, recomenda-se monitoramento clínico e sugere-se monitoramento radiográfico com radiografia periapical entre 2 e 6 meses após o trauma. Monitoramento clínico é recomendado anualmente por no

mínimo 5 anos. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Após luxações extrusivas, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, necrose pulpar e infecção, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Além disso, ocorre a possibilidade de reabsorção inflamatória externa, colapso do osso marginal e infra-oclusão. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias IADT e ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

LUXAÇÃO INTRUSIVA EM DENTE PERMANENTE

Injúria às estruturas periodontais de suporte com o deslocamento do dente em direção ao interior do osso alveolar e esmagamento das fibras do ligamento periodontal (Andreasen et al., 2007; *American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs*, 2008-2009).

Quadro 12. Recomendações GODEC para manejo clínico de luxação intrusiva

1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?
Recomenda-se que para dentes com rizogênese incompleta seja permitida a reerupção sem intervenção. Se esta não ocorrer em até 30 dias o reposicionamento ortodôntico é uma opção. Recomenda-se o monitoramento da vitalidade pulpar. Para dentes com rizogênese completa, recomenda-se que em casos em que a intrusão for leve (até 3 mm), permita-se a reerupção sem intervenção. Se não ocorrer o reposicionamento em até 60 dias, recomenda-se o reposicionamento cirúrgico e contenção flexível ou o reposicionamento ortodôntico. Para casos de intrusão mais grave (mais de 3 mm), recomenda-se o reposicionamento cirúrgico e contenção flexível ou o reposicionamento ortodôntico. Ainda, para dentes com rizogênese completa recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.
2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?
Recomenda-se uma radiografia periapical inicial em até 2 meses para monitoramento e acompanhamento. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.
3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?
Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.
4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?
Recomenda-se a prescrição de medicação sistêmica antibacteriana, como se apresenta em seção específica ao final do documento.
5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?
Recomenda-se estabilização com contenção flexível por 1 mês somente nos casos em que foi realizado o reposicionamento cirúrgico. Nos demais casos, estabilização não é recomendada. Mais informações sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.
6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?
Para dentes com rizogênese incompleta a condição pulpar deverá ser monitorada e, em caso de sinais e sintomas clínicos de necrose ou reabsorções, recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.

Para dentes com rizogênese completa recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico em até 2 meses após a ocorrência do trauma. Ainda, recomenda-se monitoramento clínico e sugere-se monitoramento radiográfico com radiografia periapical entre 2 e 6 meses e, monitoramento clínico anual por no mínimo 5 anos após o trauma. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é reservado. Após luxações intrusivas, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, calcificação pulpar, necrose pulpar e infecção, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Além disso, ocorre a possibilidade de reabsorção inflamatória externa, anquilose, e do dente permanecer em infraoclusão. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias *IADT* e *ABOPED* (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Bourguignon et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

AVULSÃO EM DENTE PERMANENTE

Injúria às estruturas periodontais de suporte com o deslocamento completo do dente para fora do alvéolo (Andreasen et al., 2007; American Academy on Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Quadro 13. Recomendações GODEC para avulsão

<p>1. Qual o manejo inicial indicado na Atenção Primária à Saúde?</p> <p>Recomenda-se que o reimplante do dente avulsionado seja sempre a primeira escolha e, o prognóstico é dependente de ações tomadas no local do acidente, imediatamente após o trauma. Assim que o paciente chegar ao consultório odontológico, o controle da dor com anestesia local é recomendado. Para reimplantes realizados até 2 horas após a avulsão, deve-se checar o alvéolo, lavar em água corrente o dente e realizar o reimplante, que deve ser seguido pela contenção flexível por até 2 semanas. Para reimplantes realizados após 2 horas da avulsão, recomenda-se a remoção de fibras necróticas através de fricção com gaze, avaliação e possível curetagem do alvéolo para remoção de coágulo, lavagem do alvéolo com soro fisiológico, reimplante e contenção flexível por até 2 semanas. Para dentes com rizogênese completa e em casos de reimplante após 2 horas da avulsão o dente deve ser monitorado e recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Para dentes com rizogênese incompleta e reimplante realizado em até 2 horas, o monitoramento da condição pulpar deve ser realizado e, deve-se considerar a possibilidade de tratamento endodôntico radical/pulpectomia futuro.</p>
<p>2. Qual a documentação por imagem recomendada, em complementação a documentação geral recomendada?</p> <p>Recomenda-se uma radiografia periapical para monitoramento e acompanhamento. Caso ocorra em conjunto com outros traumatismos dentários, é indicada a realização de exames radiográficos em tecidos moles em caso de suspeita de presença de corpos estranhos em mucosas ou pele. Uma discussão mais aprofundada sobre documentação de imagem de relevância para casos de TAD pode ser encontrada em seção específica ao final do documento.</p>
<p>3. Quais são os cuidados pós-traumáticos recomendados?</p> <p>Recomenda-se realizar higiene bucal cuidadosa, utilizar solução antibacteriana para bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12%, repouso do dente e reforçar ao paciente a necessidade de aderir a consulta de acompanhamento ou retorno anterior caso observe alguma alteração local. Os cuidados gerais pós-traumáticos recomendados são discutidos em detalhes em seção específica ao final do documento.</p>
<p>4. É necessário prescrever medicação sistêmica antibacteriana?</p> <p>Recomenda-se a prescrição de medicação sistêmica antibacteriana em casos de avulsão e reimplante, conforme apresentado em seção específica ao final do documento.</p>
<p>5. É indicada estabilização (contenção) do dente? Se indicado, qual é a duração e tipo recomendado?</p> <p>Recomenda-se estabilização com o uso de contenção flexível que permita a estabilização do dente por até 2 semanas após o reimplante. Mais informações</p>

sobre estabilização e contenção podem ser obtidas em seção específica ao final do documento.

6. É indicado o uso de terapias endodônticas? Se indicado, qual o tratamento recomendado?

Para dentes com rizogênese completa e em casos de reimplante após 2 horas da avulsão, o dente deve ser monitorado e recomenda-se o tratamento endodôntico radical/pulpectomia. Para dentes com rizogênese incompleta, o monitoramento das reabsorções radiculares inflamatórias deve ser realizado e, se detectado, realizar o tratamento endodôntico radical/pulpectomia de imediato.

7. Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após traumatismo?

Recomenda-se monitoramento clínico e radiográfico em 1 mês e em até 2 meses após a ocorrência do trauma. Ainda, recomenda-se monitoramento clínico e sugere-se monitoramento radiográfico com radiografia periapical entre 2 e 6 meses após o trauma. Monitoramento clínico é recomendado anualmente por no mínimo 5 anos. Posteriormente, é recomendado que o monitoramento seja realizado nas consultas de manutenção do paciente. Mais informações sobre a frequência de reavaliação após os diferentes tipos de TAD podem ser encontradas em seção específica ao final do documento.

8. Quais os possíveis desfechos desfavoráveis após o traumatismo?

O prognóstico deste tipo de TAD é desfavorável. Após avulsões, potenciais desfechos desfavoráveis podem incluir sintomatologia dolorosa, descoloração da coroa, calcificação pulpar, necrose pulpar e infecção, lesão periapical, impacto na cicatrização periodontal e não continuidade da formação radicular em dentes com rizogênese incompleta, até a possível perda do dente. Além disso, ocorre a possibilidade de presença de edema e secreção purulenta, dente com mobilidade excessiva ou nenhuma mobilidade, reabsorção inflamatória ou substitutiva e infra-oclusão. Monitoramento clínico em consultas adicionais ou avaliação radiográfica podem ser realizados em casos de alterações clínicas sugestivas de desfechos desfavoráveis detalhados em seção específica ao final do documento.

Literatura de suporte: Guias IADT e ABOPED (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Fouad et al., 2020).

Força do Consenso: Consenso unânime (0% absteve-se por conflitos de interesse).

QUESTÕES GERAIS

Qual a documentação por imagem recomendada?

A documentação por imagem é extremamente útil em casos de traumatismos, especialmente radiografias e fotografias, tanto para fins diagnósticos quanto para o acompanhamento e monitoramento da evolução do caso (Andreasen e Kahler, 2015).

Nesta seção são apresentadas recomendações e considerações gerais acerca de documentação por imagem de relevância para traumatismos alveolodentários. Recomendações de tomadas radiográficas específicas para cada tipo de traumatismo alveolodentário podem ser encontradas nas seções 5 e 6. Todas as recomendações apresentadas são embasadas e em consonância com as diretrizes da *IADT* e *ABOPED* (Bourguignon et al., 2020; Fouad et al., 2020; Associação Brasileira de Odontopediatria., 2020).

Uma justificativa para a necessidade de tomada radiográfica é essencial, e tal necessidade é especialmente relevante no contexto da aplicação dessa diretriz à APS. A requisição de tomada radiográfica é fundamental em situações em que a radiografia possa influenciar na decisão de tratamento. Além disso, a documentação por imagem no momento inicial do tratamento fornece imagens base para comparações nos exames de acompanhamento. A fim de garantir a padronização e reprodução das radiografias, recomenda-se o uso de posicionadores (Bourguignon et al., 2020).

Diferentes tomadas radiográficas com várias projeções e angulações podem ser úteis e complementares, e a decisão de solicitar tais exames fica à critério do(a) profissional, pautado(a) pela situação clínica do paciente e disponibilidade da infraestrutura necessária para os exames. Por exemplo, fraturas radiculares e de osso alveolar podem não apresentar sinais e sintomas clínicos, e podem requerer mais de uma tomada radiográfica para seu correto diagnóstico. Além disso, em casos de fraturas onde o fragmento fraturado não foi localizado e há lesões em tecido mole, radiografias do lábio e/ou da bochecha são indicadas para procurar fragmentos ou materiais estranhos.

Da mesma maneira, fotografias clínicas podem ser de grande utilidade para a documentação inicial e o acompanhamento da evolução de traumatismos dentários. A documentação fotográfica facilita o monitoramento da cicatrização dos tecidos moles, avaliação da descoloração do dente, da reerupção de um dente intruído, e do desenvolvimento de infra-oclusão e anquilose dentária (Bourguignon et al., 2020).

Documentações adicionais, como as que fornecem imagens tridimensionais, podem ser especialmente úteis em casos específicos e devem ser consideradas, se disponíveis. Em casos de fraturas radiculares e luxações laterais, por exemplo, a tomografia computadorizada de feixe cônico pode ajudar a determinar a localização, extensão e direção da fratura. Um princípio proposto pelas diretrizes da *IADT* para guiar uma decisão cautelosa de expor um paciente à radiação ionizante (ex: radiografias bi ou tridimensionais) é considerar quando a imagem provavelmente irá mudar o curso de tratamento da lesão (Bourguignon et al., 2020).

Ainda, é relevante mencionar que radiografias, fotografias e um detalhado relato dos procedimentos realizados no prontuário do paciente podem ser fundamentais como registros legais, em casos de processo judicial.

Quais os cuidados pós-traumáticos recomendados?

Armazenamento e transporte do fragmento dentário/dente

Orienta-se que o fragmento dentário seja armazenado em um meio adequado o mais brevemente possível após o trauma, a fim de evitar a desidratação da superfície radicular. Em ordem decrescente, recomenda-se o armazenamento e transporte do fragmento dentário em leite, HBSS (solução balanceada de Hanks), saliva e soro fisiológico. Embora a água não seja um meio adequado, é preferível que o fragmento dentário/dente seja armazenado e transportado em água a ser deixado seco (Fouad et al., 2020).

Instruções para cuidados domiciliares

O comprometimento do paciente com as consultas de acompanhamento e os cuidados em casa contribuem para uma melhor cicatrização após o traumatismo dentário e um melhor prognóstico do dente (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Levin et al., 2020).

Este documento abrange recomendações e cuidados pós-traumáticos gerais aos traumatismos dentários de dentes permanentes. Orientações individualizadas podem e devem ser fornecidas, considerando o contexto e a condição clínica de cada paciente. O profissional deve fornecer instruções compreensivas e claras ao paciente e, em casos de crianças ou adolescentes, também aos cuidadores.

As recomendações universais incluem:

Monitoramento de sequelas: Paciente e cuidadores de pacientes jovens devem ser orientados para o monitoramento de possíveis sequelas dos traumatismos dentários, pois a detecção e o manejo precoces das complicações melhoram o prognóstico do dente (Bourguignon et al., 2020). As principais alterações que devem ser salientadas são sinais clínicos de necrose e infecção, como descoloração da coroa, fístula e abscesso. Pacientes e cuidadores devem ser orientados também a monitorar uma mobilidade aumentada do dente e, para traumatismos envolvendo deslocamento, a estabilidade do reposicionamento ou reerupção do elemento dentário traumatizado.

Repouso do dente: O paciente e/ou cuidadores deve(m) ser orientados ao repouso do dente, evitando potenciais danos adicionais e permitindo uma adequada cicatrização após o traumatismo. Recomenda-se dieta líquida ou pastosa nos primeiros dias após o evento e que o paciente evite morder com o dente traumatizado (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Levin et al., 2020).

Esportes de contato ou que possam gerar traumatismos adicionais: Similarmente, a fim de evitar danos adicionais ao dente e permitir a cicatrização, recomenda-se evitar esportes de contato ou atividades que possam gerar traumatismos adicionais no período pós-traumático.

Higiene bucal: Reforçar a importância de manter uma cautelosa higienização bucal com escova de dentes macia, a fim de manter a área limpa e favorecer o processo de reparo e cicatrização.

Tétano: O tétano é uma infecção bacteriana transmitida por ferimentos ou lesões na pele. Em casos de traumatismos dentários, sobretudo avulsões, deve-se avaliar se o paciente já recebeu a vacina e reforço contra o tétano. Recomenda-se o encaminhamento do paciente ao médico, para avaliação da necessidade de vacinação antitetânica (Fouad et al., 2020).

Prescrição medicamentosa

Digluconato de Clorexidina 0,12%: Recomendado bochecho ou aplicação tópica de digluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool duas vezes ao dia por uma ou duas semanas, para auxiliar no controle da placa bacteriana e garantir a adequada higienização (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Levin et al., 2020).

Analgésicos: É essencial que o paciente e/ou cuidadores recebam aconselhamento adequado sobre a melhor forma de controlar os sintomas. Alguns traumatismos podem causar dor intensa, principalmente traumatismos complexos, envolvendo fraturas ósseas e/ou grandes lacerações. Recomenda-se o uso de analgésicos como ibuprofeno e/ou acetaminofeno (paracetamol) quando a dor é prevista.

Antibióticos: seguindo as diretrizes recomendadas pela ABOPED, o uso de medicação antibiótica sistêmica é recomendado em casos de avulsão e luxação intrusiva (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020). Em casos de avulsão e reimplante, o uso de antibióticos sistêmicos tem sido recomendado para evitar reações relacionadas à infecção e reduzir a ocorrência de reabsorção radicular inflamatória (Fouad et al., 2020). Em casos específicos e graves de luxação lateral em que haja grande movimentação do elemento dentário, antibioticoterapia pode ser indicada. As evidências científicas ainda são limitadas para embasar a recomendação de antibioticoterapia, portanto é imprescindível o julgamento clínico do profissional ao decidir pela prescrição. Fatores a serem considerados na prescrição de antibióticos incluem o estado de saúde do paciente e a complexidade e extensão do traumatismo dentário. Os antibióticos de primeira escolha são a penicilina e derivados (por exemplo, amoxicilina), em dosagem apropriada para a idade e peso do paciente. Outras opções devem ser consideradas para pacientes com alergia à penicilina. Alternativas incluem a doxiciclina e a tetraciclina, mas deve-se considerar o risco de descoloração dos dentes permanentes ao prescrever tetraciclina para pacientes jovens (Fouad et al., 2020).

Com que frequência o paciente deve ser reavaliado após o traumatismo e qual o provável prognóstico?

Quadro 14. Regime de acompanhamento e provável prognóstico de cada tipo de TAD

Tipo	Prognóstico	4 semanas	Até 2 meses	2-6 meses²	1 ano	Anualmente por no mínimo 5 anos³
Trinca de esmalte	Favorável				C (R)	
Fratura de esmalte	Favorável				C (R)	
Fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar	Favorável			C (R)	C (R)	
Fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar	Favorável			C (R) + Rx (R)		C (R)
Fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar	Reservado			C (R) + Rx (R)		C (R)
Fratura coronorradicular com envolvimento pulpar	Reservado			C (R) + Rx (R)		C (R)
Fratura radicular	Reservado ¹	C + Rx		C + Rx		C (R)
Concussão	Favorável			C (R) + Rx (S)	C (R)	
Subluxação	Favorável			C (R) + Rx (S)	C (R)	
Luxação lateral	Reservado		C (R) + Rx (R)	C (R) + Rx (S)		C (R)
Luxação extrusiva	Reservado		C (R) + Rx (R)	C (R) + Rx (S)		C (R)
Luxação intrusiva	Reservado		C (R) + Rx (R)	C (R) + Rx (S)		C (R)
Avulsão	Desfavorável	C (R) + Rx (R)	C (R) + Rx (R)	C (R) + Rx (S)		C (R)

C= avaliação clínica; Rx= avaliação radiográfica; (R)=recomendado; (S)=Sugerido

Observações

¹Fratura radicular: O prognóstico de fraturas radiculares é diferenciado de acordo com o terço radicular fraturado. Em geral, fraturas transversais no terço médio ou apical apresentam prognóstico mais favorável, enquanto fraturas do terço cervical são reconhecidamente desfavoráveis devido à facilidade de comunicação com o meio bucal, dificuldade de imobilização e alta frequência de infecção na área, o que dificulta o processo de cicatrização e reparo.

²O retorno de 2 a 6 meses foi uma adaptação sugerida pelo painel, enfatizando a importância de um acompanhamento em torno desse período para detecção de sequelas e visando facilitar o retorno para a equipe de saúde bucal e família de acordo com as especificidades do contexto em que será implementada a diretriz.

³Após as consultas de monitoramento pós-evento traumático, todos os traumatismos devem ser acompanhados rotineiramente. Casos menos graves, como trinca, fratura de esmalte e fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, podem ser acompanhados pelo menos até o primeiro ano pós-trauma, enquanto casos de TAD mais graves requerem monitoramento anual por no mínimo 5 anos (Levin et al., 2020). Este acompanhamento pode ser realizado nas consultas de rotina dos pacientes. Casos específicos, principalmente envolvendo traumas mais graves, podem requerer acompanhamentos mais frequentes e por períodos mais longos.

O painel optou por seguir as recomendações de regime de acompanhamento propostas pela *IADT* (Levin et al., 2020). Salienta-se, entretanto, que a literatura que embasa o período de acompanhamento ainda é incipiente, e alguns trabalhos têm sugerido que pode ser necessário um período de acompanhamento maior (Lin et al., 2016).

Em casos em que a recomendação não incluía acompanhamento radiográfico, mas os achados clínicos sugerirem patologia, a radiografia é indicada para informar um melhor diagnóstico e consequente decisão de tratamento.

Um protocolo ideal de acompanhamento busca selecionar pontos no tempo em que a probabilidade de diagnosticar sequelas seja o mais efetivo. A

tabela proposta foi discutida pelo painel levando em consideração ainda os custos envolvidos e a conveniência para o paciente e para o serviço. Assim, algumas alterações foram propostas com relação às diretrizes avaliadas.

Combinações de lesões:

Difícilmente as lesões traumáticas acontecem de maneira isolada. O traumatismo dentário pode ser dividido em 9 tipos de fraturas e 6 tipos envolvendo luxações. Porém, traumas combinados, em fraturas e luxações ocorrendo simultaneamente, são frequentes, causando 54 combinações que devem ser considerados como 54 diferentes cenários (Andreasen et al., 2009). Por exemplo, casos de fratura com frequência também apresentam lesões ao periodonto de sustentação. Nestes casos complexos em que há combinações de lesões, opta-se pelo manejo e regime de consultas de acompanhamento do trauma mais grave (Bourguignon et al., 2020).

Em diversas situações, o painel identificou a necessidade de atendimento especializado para monitoramento e potencial tratamento endodôntico. Nesse sentido, reforçam a necessidade de uma rede de referência e contrarreferência estabelecida no contexto da Rede de Assistência à Saúde Bucal, representada pela interlocução entre a atenção primária e a atenção especializada ofertada em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quais os potenciais desfechos desfavoráveis para cada tipo de traumatismo?

Quadro 15. Potenciais desfechos desfavoráveis específicos e gerais mais comuns de cada tipo de TAD

Tipo	Potenciais desfechos específicos	Potenciais desfechos gerais
Trinca de esmalte		1) Sintomatologia dolorosa 2) Descoloração da coroa 3) Lesão periapical 4) Necrose pulpar e infecção 5) Impacto na cicatrização periodontal 6) Não-continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta 7) Perda do dente Outros prognósticos que devem ser observados e registrados incluem: <ul style="list-style-type: none"> • Impacto na qualidade de vida (dias afastado do trabalho, escola, esporte) • Estética (percepção do paciente) • Trauma relacionado a ansiedade ao tratamento odontológico • Número de consultas
Fratura de esmalte	<ul style="list-style-type: none"> • Colapso da restauração • Perda da restauração 	
Fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar		
Fratura de esmalte e dentina com envolvimento pulpar		
Fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar	<ul style="list-style-type: none"> • Colapso da restauração • Perda da restauração • Perda de margem óssea e inflamação periodontal 	
Fratura coronorradicular com envolvimento pulpar		
Fratura radicular	<ul style="list-style-type: none"> • Extrusão ou mobilidade excessiva do segmento coronário • Áreas radiolúcidas na linha de fratura (radiográfico) • Necrose pulpar e infecção com sinais clínicos de inflamação na linha de fratura 	
Concussão		
Subluxação	<ul style="list-style-type: none"> • Reabsorção inflamatória externa 	
Luxação lateral	<ul style="list-style-type: none"> • Reabsorção inflamatória externa • Reabsorção externa por substituição • Colapso do osso marginal • Anquilose • Infra-oclusão 	
Luxação extrusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Reabsorção inflamatória externa • Colapso do osso marginal • Infra-oclusão 	
Luxação intrusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Reabsorção inflamatória externa • Anquilose • Dente travado no mesmo lugar/som de anquilose à percussão • Infra-oclusão 	
Avulsão	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de inchaço e secreção purulenta 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dente com mobilidade excessiva ou nenhuma mobilidade (anquilose) com som metálico à percussão • Reabsorção inflamatória e/ou substitutiva • Infra-oclusão 	
--	---	--

O cirurgião-dentista deve estar ciente e atento aos potenciais desfechos desfavoráveis dos traumatismos dentários, tanto para orientar pacientes e cuidadores quanto para o monitoramento e acompanhamento clínico (Kenny et al., 2018). Os principais desfechos envolvem: presença de sintomatologia dolorosa; descoloração da coroa; lesão periapical; necrose pulpar e infecção; impacto na cicatrização periodontal; não-continuidade do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta; e perda dentária (Associação Brasileira de Odontopediatria, 2020; Levin et al., 2020). A tabela 15 apresenta os principais desfechos, além de outros prognósticos de relevância que devem ser observados e registrados pelo cirurgião-dentista. Também, desfechos mais relevantes para tipos específicos de traumatismos podem ser observados na referida tabela.

Os traumatismos dentários podem impactar na cicatrização periodontal, incluindo perda óssea, recessão gengival, mobilidade, reabsorção e/ou anquilose. Quando a anquilose ocorre em um paciente em fase de crescimento, o dente pode ficar em posição de infra oclusão, prejudicando o crescimento alveolar e facial a curto, médio e longo prazo (Levin et al., 2020). Além disso, não é incomum a combinação de vários tipos de lesões traumáticas. Estes casos mais complexos, com diversos tipos de lesões, em geral, apresentam um pior prognóstico e devem ser cuidadosamente monitorados.

Casos de traumatismos dentários que evoluam para necrose pulpar e infecção podem apresentar fístula, hiperplasia gengival, abscesso ou mobilidade aumentada, descoloração acinzentada da coroa com sinais de infecção, e sinais radiográficos de necrose, incluindo reabsorção inflamatória.

Importante salientar que uma resposta falso negativa aos testes de sensibilidade pulpar é possível de ser observada por vários meses após o trauma. Portanto, uma resposta negativa ao teste de sensibilidade pulpar não é,

por si só, justificativa para o início do tratamento endodôntico. Além disso, TAD podem induzir um processo de reparo conhecido como rompimento apical transitório, que pode levantar suspeita de lesão periapical mas representa um processo apical cicatricial. É, portanto, fundamental que casos de TAD sejam avaliados clínica e radiograficamente por profissionais especializados (endodontistas).

FRATURA ALVEOLAR EM DENTE PERMANENTE

A fratura alveolar é definida como uma perda de continuidade ou ruptura da tábua óssea vestibular ou palatina/lingual (Bourguignon et al., 2020). Esta fratura muitas vezes acontece associada a outros tipos de TAD, e o seu manejo é dependente da identificação do número de dentes afetados (Bourguignon et al., 2020).

Para casos em que a fratura de parede alveolar é limitada a um dente, recomenda-se o uso de contenção rígida, por um período de, no mínimo, 6 semanas. Tais casos, geralmente, encontram-se associados com outros traumas alveolodentários, como luxação lateral, por exemplo. No caso de fraturas em bloco, acometendo mais dentes e uma ou ambas as tábuas alveolares, recomenda-se encaminhamento para serviço especializado (por exemplo, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais – CTBMF em CEO ou serviço de referência em CTBMF da região). Para fraturas alveolares limitadas a um dente, sugere-se a realização de uma radiografia periapical do dente traumatizado para monitoramento e acompanhamento a longo prazo (Bourguignon et al., 2020).

Considerações sobre estabilização e contenção

Alguns casos de traumatismos alveolodentários requerem estabilização fisiológica do elemento dentário, a fim de promover uma melhor cicatrização e proporcionar um melhor prognóstico ao dente. A contenção é considerada a melhor forma de manter o dente reposicionado corretamente, favorecendo a cicatrização inicial enquanto proporciona conforto ao paciente e melhoria da função (Bourguignon et al., 2020, Kahler et al., 2008).

A contenção flexível pode ser obtida utilizando um fio metálico ou ortodôntico de diâmetro até 0.4mm e resina composta (Kwan et al., 2012). E a contenção rígida pode ser obtida com uso de fio metálico ou ortodôntico de diâmetro de 0.7mm ou superior e resina composta. O quadro 16 apresenta de maneira objetiva as recomendações de contenção para cada tipo de *traumatismo alveolodentário*.

Quadro 16. Recomendação e especificidades da estabilização para cada tipo de TAD.

<i>Tipo de traumatismo</i>	<i>Recomenda-se contenção?</i>	<i>Tipo</i>	<i>Duração</i>
Trinca de esmalte	Não	-	-
Fratura de esmalte	Não	-	-
Fratura E+D sem envolvimento pulpar	Não	-	-
Fratura E+D com envolvimento pulpar	Não	-	-
Fratura coronorradicular sem envolvimento pulpar	Não	-	-
Fratura coronorradicular com envolvimento pulpar	Não	-	-
Fratura radicular	Sim	Contenção rígida.	2 a 4 meses.
Fratura alveolar	Indicada quando houver fratura alveolar associada a outro trauma	Contenção rígida.	No mínimo por 6 semanas.
Concussão	Não	-	-
Subluxação	Em geral, não. Se houver mobilidade excessiva ou sensibilidade ao morder, pode ser indicada.	Se indicada, contenção flexível.	Até 2 semanas.
Luxação lateral	Sim	Contenção flexível.	2 a 4 semanas.
Luxação extrusiva	Sim	Contenção flexível.	2 a 4 semanas.
Luxação intrusiva	Somente em casos em que foi feito o reposicionamento cirúrgico.	Se indicada, contenção flexível.	4 semanas.
Avulsão	Sim.	Contenção flexível.	Até 2 semanas.

REFERÊNCIAS

ADNAN, S.; LONE, M. M.; KHAN, F. R.; HUSSAIN, S. M., NAGI, S. E. Which is the most recommended medium for the storage and transport of avulsed teeth? A systematic review. **Dent Traumatol**, v. 34, n. 2, p. 59–70, 2008.

ALDRIGUI, J. M.; JABBAR, N. S.; BONECKER, M.; BRAGA, M. M.; WANDERLEY, M. T. Trends and associated factors in prevalence of dental trauma in Latin America and Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 42, n. 1, p. 30-42, 2014.

AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC DENTISTRY, COUNCIL ON CLINICAL AFFAIRS, 2008-2009. Guideline on management of acute dental trauma. **Pediatr Dent**, v. 30, suppl. 7, p. 175-83, 2008-2009.

ANDREASEN, F. M.; KAHLER, B. Diagnosis of acute dental trauma: the importance of standardized documentation: a review. **Dent Traumatol**, v. 31, n. 5, p.340-349, 2015.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4^a ed. Oxford: Blackwell, 2007.

ANDREASEN, J. O.; LAURIDSEN, E.; CHRISTENSEN, S. S. Development of an interactive Dental Trauma Guide. **Pediatr Dent**, v. 31, n. 2, p. 133-136, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes. *In.*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Diretrizes Para Procedimentos Clínicos Em Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Santos; 2020. p. 153-165.

BOURGUIGNON, C.; COHENCA, N.; LAURIDSEN, E.; FLORES, M. T.; O'CONNELL, A. C.; DAY, P. F.; TSILINGARIDIS, G.; ABBOTT, P. V.; FOUAD, A. F.; HICKS, L.; OGinni, A.; SEMPER, M.; LEVIN, L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. **Dent Traumatol**, v. 36, n. 4, p. 314-330, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Editora MS: Brasília – DF, 116 p. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Sistema Grade-Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Departamento de Ciência e Tecnologia Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento TI. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 72 p. 2014.

BROUWERS, M. C.; KERKVLIT, K.; SPITHOFF, K.; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **BMJ**, v. 352: i1152, 2016.

COSTA, L. A.; RIBEIRO, C. C. C.; CANTANHEDE, L. M.; SANTIAGO JÚNIOR, J. F.; DE MENDONÇA, M. R.; PEREIRA, A. L. P. Treatments for intrusive luxation in permanent teeth: a systematic review and meta-analysis. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**, v.46, n.2, p.214-229, 2017.

DAY, P. F.; DUGGAL, M.; NAZZAL, H. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: avulsed (knocked out) and replanted. **Cochrane Database of Syst Rev**, v. 2, n. 2, Art. No.: CD006542, 2019.

FLORES, M. T.; ANDERSSON, L.; ANDREASEN, J. O.; BAKLAND, L. K.; MALMGREN, B.; BARNETT, F.; BOURGUIGNON, C.; DIANGELIS, A.; HICKS, L.; SIGURDSSON, A.; TROPE, M.; TSUKIBOSHI, M.; VON ARX, T.; INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dent Traumatol**, v. 23, n. 2, p. 66-71, 2007.

FOUAD, A. F.; ABBOTT, P. V.; TSILINGARIDIS, G.; COHENCA, N.; LAURIDSEN, E.; BOURGUIGNON, C.; O'CONNELL, A. C.; FLORES, M. T.; DAY, P. F.; HICKS, L.; ANDREASEN, J. O.; CEHRELI, Z. C.; HARLAMB, S.; KAHLER, B.; OGinni, A.; SEMPER, M.; LEVIN, L. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dent Traumatol**, v. 36, n. 4, p. 331-342, 2020.

GLENDOR, U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12-year review of the literature. **Dent Traumatol**, v. 24, n. 6, p. 603-611, 2008.

KAHLER, B.; HEITHERSAY, G. S. An evidence-based appraisal of splinting luxated, avulsed and rootfractured teeth. **Dent Traumatol**, v. 24, n. 1, p. 2-10, 2008.

KENNY, K. P.; DAY, P. F.; SHARIF, M. O.; PARASHOS, P.; LAURIDSEN, E.; FELDENS, C. A.; COHENCA, N.; SKAPETIS, T.; LEVIN, L.; KENNY, D. J.; DJEMAL, S.; MALMGREN, O.; CHEN, Y-J.; TSUKISBOSHI, M.; ANDERSSON, L. What are the important outcomes in traumatic dental injuries? An international approach to the development of a core outcome set. **Dent Traumatol**, v. 34, n. 1, p. 4-11, 2018.

KRASTL, G.; FILIPPI, A.; WEIGER, R. Initial management of dental trauma: musts, shoulds, and cans. **Quintessence Int**, v. 51, n. 9, p. 763-774, 2020.

KWAN, S. C.; JOHNSON, J. D.; COHENCA, N. The effect of splint material and thickness on tooth mobility after extraction and replantation using a human cadaveric model. **Dent Traumatol**, v. 28, n. 4, p. 277-281, 2012.

LAM, R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. **Aust Dent J**, v. 61, sup. 1, p. 4-20, 2016.

LEVIN, L.; DAY, P. F.; HICKS, L.; O'CONNELL, A. C.; FOUAD, A. F.; BOURGUIGNON, C.; ABBOTT, P. V. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. **Dent Traumatol**, v. 26, n. 4, p. 309-313, 2020.

LIN, S.; PILOSOF, N.; KARAWANI, M.; WILER, R.; KAUFMAN, A. Y.; TEICH, S. T. Occurrence and timing of complications following traumatic dental injuries: A retrospective study in a dental trauma department. **J Clin Exp Dent**, v. 8, n. 4, p. e429-36, 2016.

MARCENES, W.; ZABOT, N. E.; TRAEBERT, J. Socioeconomic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. **Dent Traumatol**, v.17, n. 5, p. 222-226, 2001.

PETERSSON, E. E.; ANDERSSON, L.; SORENSEN, S. Traumatic oral vs nonoral injuries. **Swed Dent J**, v. 21, n. 1-2, p. 55-68, 1997.

PETTI, S.; GLENDOR, U.; ANDERSSON, L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-one billion living people have had traumatic dental injuries. **Dent Traumatol**, v. 34, n. 2, p. 71-86, 2018.

SCHUCH, H. S.; GOETTEMS, M. L.; CORREA, M. B.; TORRIANI, D. T.; DEMARCO, F. F. Prevalence and treatment demand after traumatic dental injury in South Brazilian schoolchildren. **Dent Traumatol**, v. 29, n. 4, p. 297-302, 2013.

The ADAPT Collaboration. **The ADAPTE Process**: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Disponível em: < <http://www.g-i-n.net> >. Acesso em: 26/01/2022.

Apêndices

Quadro 1. Chaves de busca em cada um dos subtópicos, utilizada na base de dados PubMed:

Subtópicos	Estratégia de busca
Traumatismo alveolodentário:	((((((((((((((((((((((((("Tooth Injuries"[Mesh]) OR ("tooth injuries"[Text Word])) OR ("teeth injuries"[Text Word])) OR ("tooth injury"[Text Word])) OR ("teeth injury"[Text Word])) OR ("Tooth Avulsion"[Mesh])) OR ("tooth avulsion"[Text Word])) OR ("tooth avulsions"[Text Word])) OR ("avulsed tooth"[Text Word])) OR ("tooth Dislocation"[Text Word])) OR ("tooth dislocations"[Text Word])) OR ("tooth luxation"[Text Word])) OR ("tooth luxations"[Text Word])) OR ("Tooth Fractures"[Mesh])) OR ("tooth fractures"[Text Word])) OR ("tooth fracture"[Text Word])) OR ("lateral luxation"[Text Word])) OR ("lateral luxations"[Text Word])) OR ("intruded tooth"[Text Word])) OR ("intruded teeth"[Text Word])) OR ("dental trauma"[Text Word])) OR ("traumatic dental"[Text Word])) OR ("root fracture"[Text Word])) OR ("root fractures"[Text Word]))
Dentição permanente	("Dentition, Permanent"[MeSH Terms]) OR ("Dentition, Permanent"[Text Word]) OR ("permanent dentition"[Text Word]) OR ("dentition, secondary"[Text Word]) OR ("secondary dentition"[Text Word]) OR ("dentition, adult"[Text Word]) OR ("adult dentition"[Text Word]) OR ("permanent teeth"[Text Word])
Diretrizes	((("Guideline" [Publication Type]) OR ("Practice Guideline" [Publication Type])) OR ("standard*" [Title])) OR ("recommendation*" [Title])) OR ("guideline*" [Title])
Revisão	("Systematic Review" [Publication Type]) OR ("Review" [Publication Type]) OR ("review"[Text Word]) OR ("systematic review"[Text Word])

Figura 1. Fluxograma da busca por documentos.

