



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MARINA RODRIGUES SILVA

THAÍS LIMA DE SOUZA

**REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE
CASO**

SOBRAL

2023

MARINA RODRIGUES SILVA

THAÍS LIMA DE SOUZA

REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof^a Dra. Beatriz Gonçalves Neves.

Coorientadora: Prof^a Me. Julianne Coelho da Silva Cetira.

SOBRAL

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R614r Rodrigues Silva, Marina.
REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO / Marina Rodrigues Silva. – 2023.
39 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Beatriz Gonçalves Neves.
Coorientação: Prof. Me. Julianne Coelho da Silva Cetira.
1. relato de caso. 2. cárie dentária. 3. dente decíduo. 4. dentina. 5. remoção seletiva de tecido cariado. I. Título.

CDD 617.6

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L711r Lima de Souza, Thaís.
REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE CASO / Thaís Lima de Souza. – 2023.
39 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Beatriz Gonçalves Neves.
Coorientação: Prof. Me. Julianne Coelho da Silva Cetira.
1. relato de caso. 2. cárie dentária. 3. dente decíduo. 4. dentina. 5. remoção seletiva de tecido cariado. I. Título.

CDD 617.6

MARINA RODRIGUES SILVA

THAÍS LIMA DE SOUZA

REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTE DECÍDUO: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Odontologia da Universidade Federal do
Ceará como requisito à obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Beatriz Gonçalves Neves (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Me. Julianne Coelho da Silva Cetira (Coorientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Myrna Maria Arcanjo Frota Barros

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Luciano Pimenta Couto

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua benevolência e cuidado, pelas oportunidades oferecidas, por nos tornar resilientes diante os desafios da vida acadêmica e colocar as pessoas certas nos momentos de fragilidade.

A nossa família, os quais nos apoiaram incondicionalmente, investiram e sonharam conosco.

A nossa orientadora Prof^a Beatriz Gonçalves Neves e a nossa coorientadora Prof^a Julianne Coelho da Silva Cetira, pela atenção, ensinamentos transmitidos e pelas correções que viabilizaram esse trabalho.

Aos professores José Luciano Pimenta Couto e Myrna Maria Arcanjo Frota por terem aceitado compor a banca do nosso trabalho.

Aos amigos, pelas palavras de incentivo e por contribuírem de forma direta ou indireta para chegarmos até aqui.

RESUMO

A técnica de remoção seletiva do tecido cariado (RSTC) é uma alternativa terapêutica menos invasiva para lesões profundas de cárie. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de RSTC em criança, realizado na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral, além de apresentar um material ilustrativo destinado aos estudantes de Odontologia sobre a RSTC em dentes decíduos. No caso clínico, paciente do sexo masculino, 5 anos, apresentava múltiplas lesões de cárie, incluindo lesão de cárie profunda no dente 85 sem sinais e sintomas de degeneração pulpar. Após avaliação clínica e radiográfica, constatou-se que a melhor intervenção para o caso seria a RSTC no dente 85, removendo totalmente o tecido cariado das paredes circundantes e parcialmente das paredes de fundo. Após 6 meses de acompanhamento, constatou-se sucesso na RSTC sem sinais clínicos ou radiográficos indicativos de comprometimento pulpar, corroborando com as evidências encontradas na literatura. Além disso, a elaboração de uma cartilha informativa foi realizada para difundir a conduta de mínima intervenção aos estudantes de graduação. Diante do exposto, conclui-se que a remoção seletiva de tecido cariado é uma abordagem conservadora para o tratamento de lesões profundas de cárie em dentes decíduos, sendo uma terapêutica viável e preferível na clínica infantil uma vez que permite a preservação da polpa e uma maior longevidade do dente, considerando a vida biológica dos dentes decíduos.

Palavras- chaves: relato de caso; cárie dentária; dente decíduo; dentina; remoção seletiva de tecido cariado.

ABSTRACT

The selective carious tissue removal technique (SCR) is a less invasive therapeutic alternative for deep caries lesions. The aim of this paper is to report a clinical case of SCR in a child, performed in the Pediatric Dentistry Clinic of the Federal University of Ceará - Sobral Campus, and to present an illustrative material for dental students about SCR in deciduous teeth. In the clinical case, a 5-year-old, male patient, presented with multiple caries lesions, including a deep caries lesion on tooth 85 without signs and symptoms of pulp degeneration. After clinical and radiographic evaluation, it was found that the best intervention for the case would be SCR on tooth 85, removing the carious tissue completely from the surrounding walls and partially from the back walls. After 6 months of follow-up, SCR was successful with no clinical or radiographic signs indicating pulpal compromise, corroborating with the evidence found in the literature. In addition, an informative booklet was prepared to disseminate the minimal intervention conduct to undergraduate students. Given the above, we conclude that the selective removal of decayed tissue is a conservative approach for the treatment of deep caries lesions in deciduous teeth, being a viable and preferable therapy in children's clinics since it allows the preservation of the pulp and a greater longevity of the tooth, considering the biological life of deciduous teeth.

Keywords: case report; dental caries; deciduous teeth; dentin; selective caries removal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Lesão cariosa em profundidade moderada.....	12
Figura 2 - Remoção seletiva de tecido cariado até dentina firme na parede pulpar/pulpo-axial em lesão de cárie com profundidade moderada.....	13
Figura 3 - Lesão cariosa profunda.....	14
Figura 4 - Remoção seletiva de tecido cariado até dentina amolecida em lesão de cárie profunda.....	14
Figura 5 - Aspecto clínico inicial do dente 85.....	18
Figura 6 - Radiografia inicial periapical do dente 85.....	19
Figura 7 - Radiografia inicial interproximal do dente 85.....	19
Figura 8 - Remoção seletiva de dentina amolecida utilizando instrumento manual.....	20
Figura 9 - Remoção seletiva de dentina amolecida das paredes circundantes utilizando instrumento manual	21
Figura 10 - Aspecto clínico do dente 85 após a remoção seletiva do tecido cariado.....	21
Figura 11 - Aspecto clínico do dente 85 após remoção seletiva do tecido cariado e restauração com cimento de ionômero de vidro.....	22
Figura 12 - Radiografia periapical do dente 85 após o tratamento.....	22
Figura 13 - Aspecto clínico do dente 85 após 6 meses de tratamento.....	23
Figura 14 - Radiografia interproximal do 85 após 6 meses do tratamento.....	24
Figura 15 - Radiografia periapical do 85 após 6 meses de tratamento.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABOPED	Associação Brasileira de Odontopediatria
CEO-D	Dentes cariados, com extração indicada ou obturados
CIV	Cimento de ionômero de vidro
ICDAS II	Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie
LED	Diodo emissor de luz
pH	Potencial hidrogeniônico
RSTC	Remoção seletiva de tecido cariado
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	CASO CLÍNICO.....	17
3.	DISCUSSÃO.....	26
4.	CONCLUSÃO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	APÊNDICE A – CARTILHA EDUCATIVA.....	36
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL.....	38

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença resultante da queda do pH a partir do desequilíbrio nos processos de desmineralização e remineralização da cavidade oral. Essa quebra da simbiose ocorre a partir da interação das bactérias presentes no biofilme da cavidade oral e da sacarose advinda da dieta do hospedeiro (SHEIHAM e JAMES, 2015; ROSIER, MARSH e MIRA, 2018; ALVES e PIRES, 2021). A cárie na primeira infância é definida a partir da presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas (não cavitadas ou cavitadas), da ausência dentária (devido à cárie) ou de restauração em qualquer dente decíduo em uma criança com menos de seis anos de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2020). O último levantamento epidemiológico a nível nacional, o SB Brasil 2010, apontou que o componente cariado do índice CEO-D (dentes cariados, com extração indicada ou obturados) esteve presente em aproximadamente 80% das crianças com 5 anos de idade (BRASIL, 2012).

As lesões de cárie devem ser avaliadas a partir do método visual-tátil, o qual deve ser realizado com a superfície dentária limpa e seca, sob boa iluminação e com o auxílio de uma sonda, caso seja necessário o cirurgião dentista pode lançar mão do exame radiográfico para confirmar o diagnóstico (CASALS, & GARCÍA PEREIRO, 2014; LEÃO FILHO, & SOUZA, 2011). A técnica radiográfica interproximal (Bite-wing) é utilizada para esta finalidade por permitir a detecção da perda de estrutura dentária por radioluscência (MARCUCCI, 2005).

A conduta clínica para o manejo da cárie dentária depende da atividade da lesão, da presença ou ausência de cavitação e da capacidade de limpeza (SCHWENDICKE et al., 2019). Com relação ao tratamento de dentes decíduos, é preciso levar em consideração alguns aspectos anatômicos no momento do atendimento, tais como a menor espessura de esmalte e dentina, os contatos proximais mais amplos na região de molares, o grande volume da câmara pulpar e a proeminência dos cornos pulpares, os quais tornam a polpa mais suscetível a perfuração pela remoção da dentina cariada e a infecção pela lesão de cárie. (TENÓRIO, COTA, TENÓRIO, 2009).

Classicamente, em lesões de cárie em dentina, todo o tecido cariado era removido com a finalidade de interromper a progressão da lesão cariosa e de proporcionar um posterior selamento da cavidade. Atualmente, a técnica de remoção

total é considerada um sobretratamento, uma vez que esta técnica pode aumentar o risco de exposição pulpar e perda de vitalidade pulpar (INNES et al., 2016). De acordo com a INNES et al. (2016), os princípios para a remoção de tecido cariado se enquadram em preservar a estrutura sadia, mantendo as estruturas passíveis de remineralização, garantir adequado selamento com margens em estrutura sadia, evitar dor, ansiedade ou desconforto para o paciente e manter a saúde pulpar.

A Remoção Seletiva de Tecido Cariado (RSTC) é uma modalidade de tratamento minimamente invasiva, aplicada no manejo de lesões cáries moderadas ou profundas, tanto em dentes decíduos como em dentes permanentes jovens (SANTAMARÍA et al, 2020). A remoção seletiva é aplicada para evitar a exposição pulpar acidental, que pode ocorrer quando se aplica técnica de remoção total de tecido cariado (RICKETTS et al, 2006). Em dentes decíduos, de acordo com a Odontologia minimamente invasiva, intervenções conservadoras são preferíveis, reduzindo assim as chances de intercorrências durante a intervenção, mantendo a maior quantidade possível de área dental afetada e preservando por maior tempo o dente na boca (BANIHANI, et al., 2022; KHER e RAO, 2020; AÏEM et al., 2020).

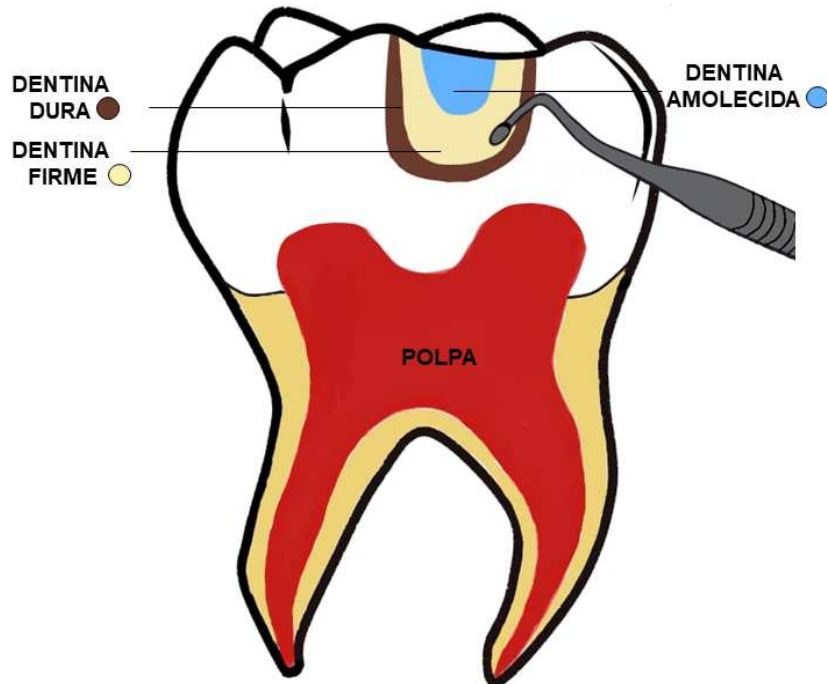
A remoção de tecido cariado baseia-se em critérios estabelecidos na literatura, dentre os quais: textura, coloração e umidade da dentina. Ademais, é importante frisar a subjetividade desses critérios dentro da padronização do processo de remoção seletiva. Por conseguinte, a textura da lesão é o principal norteador durante a remoção seletiva (INNES et al., 2016). A dureza/consistência da dentina em amolecida, coriácea, firme e dura deve ser avaliada para orientar a remoção seletiva (SCHWENDICKE et al., 2016). Além disso, como citado por Kher e Rao (2020), é necessário realizar previamente um exame clínico e radiográfico, descartando sintomas de acometimento pulpar irreversível a fim de avaliar se as lesões de cárie são passíveis de receber tratamento conservador.

A RSTC consiste em uma técnica de escavação na qual a dentina periférica (paredes circundantes da cavidade) é removida até a obtenção de dentina firme ou dura, enquanto a parede pulpar/axial (assoalho da cavidade) é escavada até atingir a dentina amolecida ou coriácea (INNES et al., 2016; SCHWENDICKE et al., 2016).

A RSTC até a dentina firme é recomendada para cavidades de profundidade moderada, tanto de dentes decíduos como de dentes permanentes, logo, a dentina firme é mantida na porção pulpar da cavidade, enquanto que as paredes circundantes são mantidas em dentina dura (SCHWENDICKE et al., 2016) (Figuras

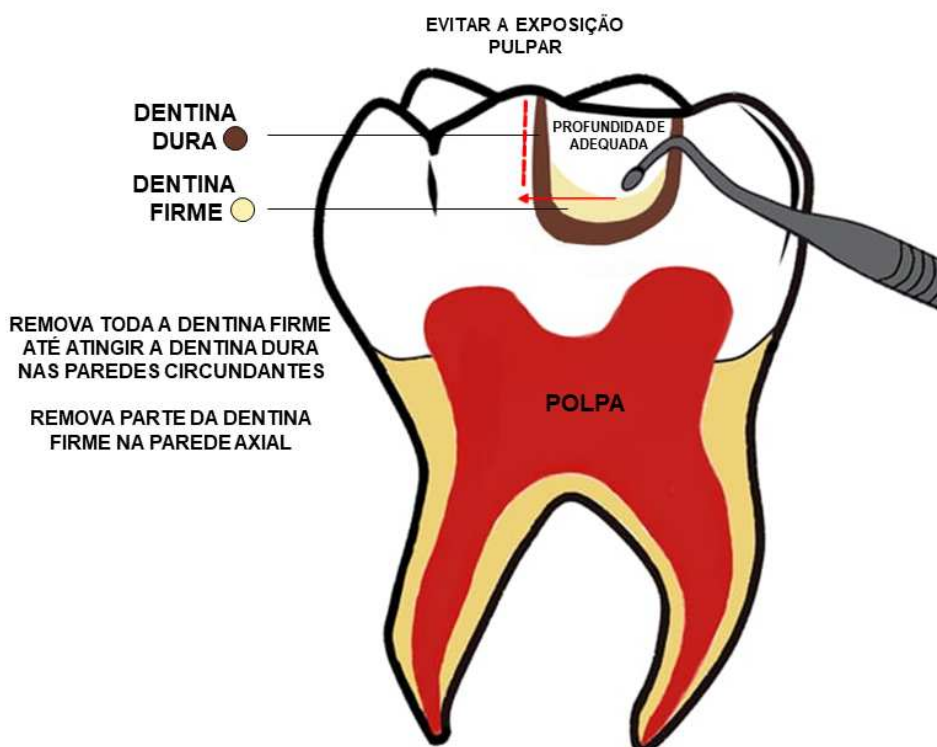
1 e 2). A remoção é preferível ser realizada com instrumentos manuais e rotatórios de baixa rotação. Além disso, é imprescindível a realização de radiografia pós restauração, para constatar a longo prazo a paralisação da lesão (KHER e RAO,2020).

Figura 1 - Lesão cariosa em profundidade moderada



Fonte: Elaborada pelos autores

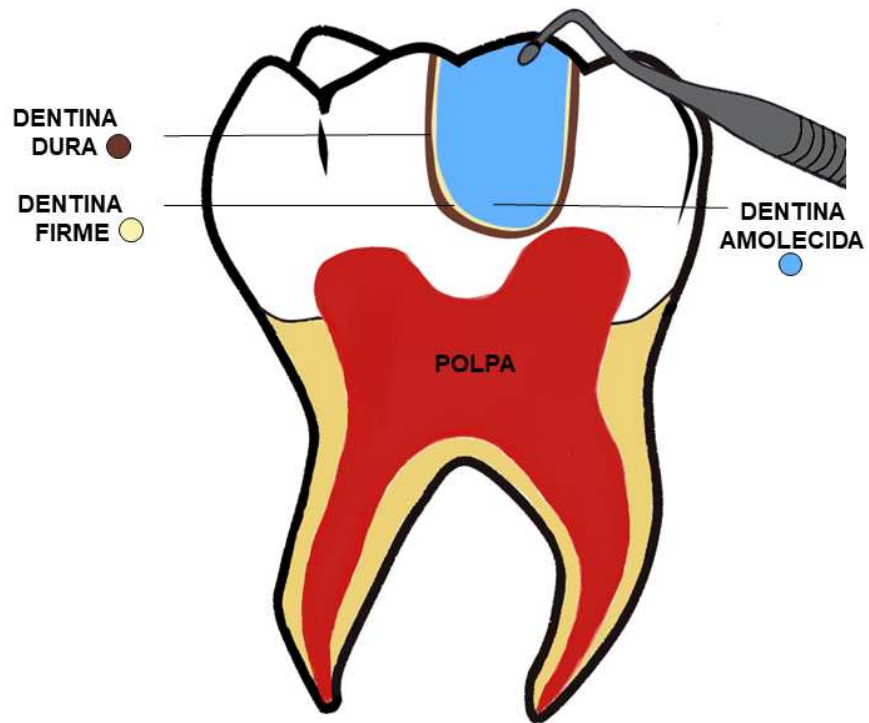
Figura 2 - Remoção seletiva de tecido cariado até dentina firme na parede pulpar/pulpo-axial em lesão de cárie com profundidade moderada



Fonte: Elaborada pelos autores

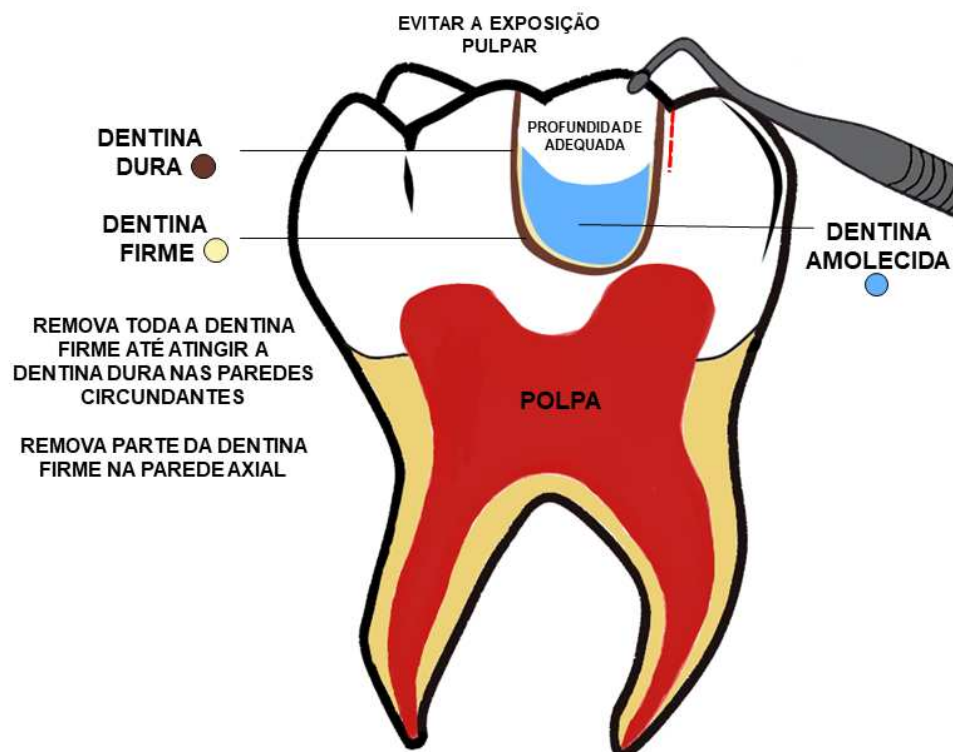
Ademais, outra modalidade de remoção seletiva é a realizada até a dentina amolecida para o tratamento de lesões cariosas profundas, as quais se estendem ao terço ou quarto interno da espessura da dentina (SCHWENDICKE et al., 2016). Nessa técnica, a parede pulpar/pulpo-axial (assoalho da cavidade) é escavada até atingir a dentina amolecida. Na parede de fundo, o tecido cariado amolecido não é removido totalmente reduzindo as chances de exposição pulpar acidental e o estresse provocado na polpa. Enquanto que nas paredes circundantes, a remoção é realizada até a dentina endurecida, permitindo o vedamento adequado da cavidade (Figura 3 e 4) (KHER e RAO, 2020).

Figura 3 - Lesão cariosa profunda



Fonte: Elaborada pelos autores

Figura 4 - Remoção seletiva de tecido cariado até dentina amolecida em lesão de cárie profunda



Fonte: Elaborada pelos autores

Liberman et al. (2020) em seu estudo avaliou a integridade das restaurações realizadas em dentes decíduos após a RSTC, determinando os preditores de falha após 36 meses. Os autores concluíram que o tipo de cavidade e o indicador clínico de higiene bucal devem ser usados como parâmetros de falha da restauração, sendo assim o acompanhamento do paciente deve ser realizado garantindo o sucesso terapêutico da RSTC.

Bitello-Firmino et al. (2018) concluiu que a remoção de tecido cariado deve estar associada a um selamento adequado, de modo a limitar o acesso do biofilme bacteriano aos nutrientes exógenos. Portanto, a justificativa de remoção total baseada na presença de microrganismos na cavidade é refutada, em virtude da remoção seletiva associada a um selamento adequado reduzir a quantidade de microrganismos a níveis semelhantes a uma cavidade em que foi realizada a remoção total.

O tratamento expectante, conhecido também como remoção seletiva em duas sessões, segue os mesmos critérios de remoção seletiva até dentina amolecida, entretanto, uma restauração provisória é colocada objetivando propiciar condições para resposta biológica, por meio da produção da dentina terciária (MOSELE et al., 2012).

Atualmente, segundo Aiem et al. (2020), a remoção seletiva em sessão única é considerada menos onerosa, em virtude de clinicamente apresentar o prognóstico semelhante a remoção realizada em duas sessões e por não necessitar de uma segunda intervenção na criança, pois, a falta de comprometimento com o tratamento é considerada uma falha.

De acordo com Barros et al (2020), a remoção seletiva possui como vantagens a manutenção de parte de dentina afetada, propiciando uma mínima intervenção ao paciente; redução do risco de exposição pulpar; sem necessidade de uma segunda sessão de tratamento e menor tempo operatório. Ademais, a remoção seletiva é indicada tanto para dentes decíduos como dentes permanentes, por permitir uma preservação da maior quantidade possível de estrutura dental. (BARROS et al., 2020; INNES et al., 2016)

De acordo com Kher e Rao (2020), o sucesso das restaurações após a remoção seletiva de tecido cariado depende da limpeza das áreas periféricas para

permitir um bom selamento restaurador, estabilidade a longo prazo e selamento hermético da lesão.

No entanto, é relatada na literatura uma relutância dos clínicos em adotar abordagens minimamente invasivas para o tratamento de lesões cariosas (INNES et al., 2018). Portanto, difundir a técnica entre os estudantes e profissionais de Odontologia é de suma importância para a filosofia da odontologia de mínima intervenção.

Dessa forma, considerando a importância das abordagens de mínima intervenção em Odontopediatria para o manejo de cárie de lesões em dentina, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de remoção seletiva de tecido cariado em dente decíduo realizado na clínica odontológica da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral e construir uma cartilha informativa aos estudantes de graduação sobre a temática.

2 CASO CLÍNICO

Um paciente com 5 anos de idade, sexo masculino, normossistêmico, compareceu acompanhado da avó à clínica de Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral, procurando por atendimento. Durante a anamnese, a principal queixa relatada pelo paciente foi dor ao comer ou beber água. Segundo a responsável, o paciente tinha os “dentes de trás furados” e “chorava com dor”. Em um primeiro momento, foi realizada a profilaxia profissional, orientação de higiene bucal e entrega do diário de dieta para preenchimento, no intuito de avaliar os hábitos alimentares do paciente.

Ao exame clínico intra-oral, foi identificado acúmulo de biofilme sobre as superfícies dentárias, lesões cáries ativas em dentina nos dentes 55 (disto-ocluso-lingual), 54 (oclusal), 51 (vestibular), 61 (vestibular-mesial), 75 (ocluso-vestibular), 74 (ocluso-distal) e 85 (ocluso-lingual), além de lesões cáries ativas em esmalte não cavidadas nos dentes 52 (vestibular) e 65 (oclusal). Sintomatologia dolorosa provocada foi reportada associada aos dentes 55, 75 e 85.

A partir dos achados clínicos e radiográficos, foi instituído um plano de tratamento composto por escavação em massa para os dentes 51 e 61 seguido de restauração, aplicação de verniz fluoretado na vestibular do 52 e selante ionomérico na oclusal do 65, remoção seletiva do tecido cariado e restauração com cimento de ionômero de vidro nos dentes 54, 74 e 85 e pulpotomia nos dentes 55 e 75. Além disso, a importância do controle do biofilme foi reforçada em todos os atendimentos por meio da instrução de higiene oral.

Ao exame clínico, observou-se que a lesão de cárie do dente 85 estava cavitada e ativa com acometimento da dentina, apresentava coloração marrom clara, consistência amolecida e aspecto úmido (Figura 5). Nas radiografias periapical (Figura 6) e interproximal (Figura 7) iniciais, observou-se que a lesão de cárie do dente 85 estava localizada próximo ao terço interno de dentina, sendo, portanto, uma lesão no limite entre moderada e profunda de cárie. Através da técnica interproximal, foi possível visualizar uma camada de dentina ainda presente entre a lesão de cárie e a câmara pulpar, o que permitia a realização da remoção seletiva de tecido cariado (Figura 6).

A partir da ausência de indícios de comprometimento pulpar e do diagnóstico de lesão moderada a profunda de cárie no dente 85, optou-se por

realizar uma abordagem de mínima intervenção para a remoção do tecido cariado a fim de eliminar um nicho retentivo de biofilme, interromper a progressão da lesão e preservar a saúde pulpar. Assim, um tratamento conservador foi indicado para o dente 85 através da realização da RSTC e restauração com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável.

Figura 5 - Aspecto clínico inicial do dente 85



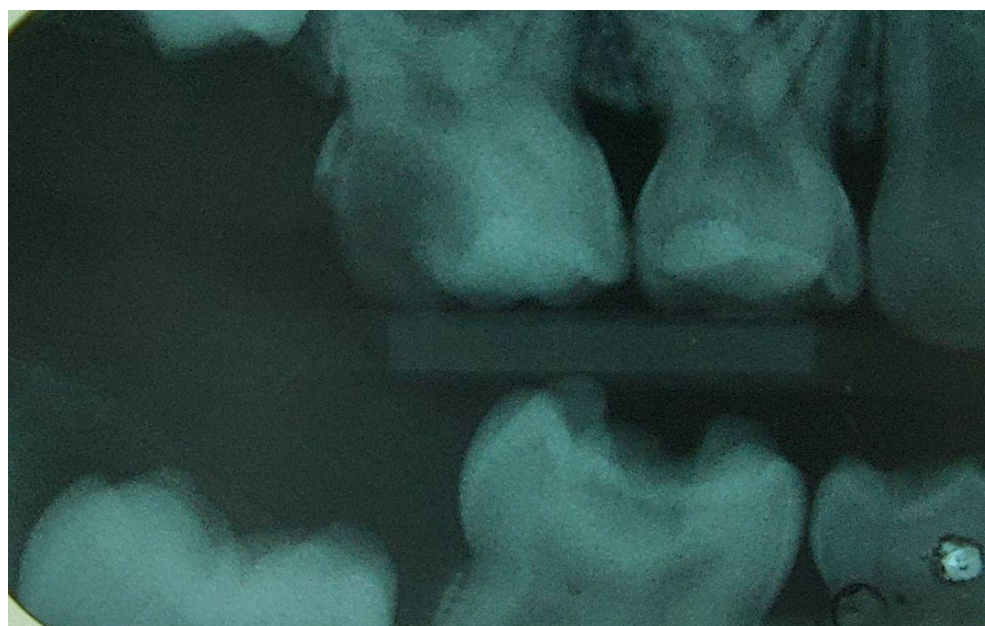
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6 - Radiografia inicial periapical do dente 85



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7 - Radiografia inicial interproximal do dente 85



Fonte: Arquivo pessoal

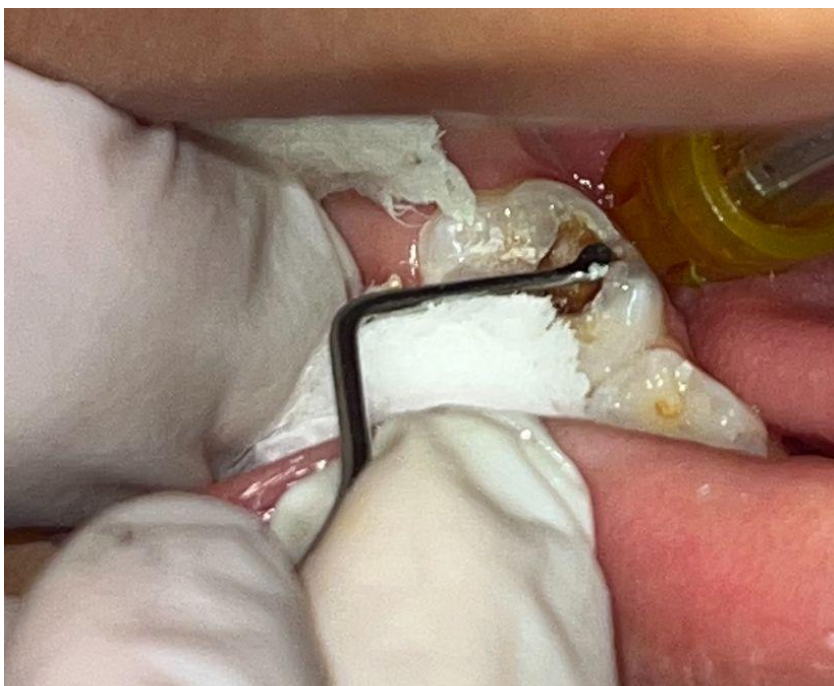
A RSTC do dente 85 foi realizada com auxílio do abridor de boca e sob isolamento relativo, com roletes de algodão e sugador. O tecido cariado amolecido de aspecto úmido foi removido com colher de dentina e caneta de baixa rotação, utilizando broca número 2 (Figura 8 e 9) das paredes circundantes da cavidade, de forma que as paredes axiais fossem limpas até dentina dura, enquanto que a remoção de dentina cariada na parede pulpar foi realizada até tecido de aspecto seco e resistente à remoção manual, chamado de dentina coriácea ou firme (Figura 10). O material restaurador escolhido foi o cimento de ionômero de vidro fotoativado RIVA Light Cure (SDI Limited, Bayswater, Austrália), manipulado na proporção de 1:2 pó/ líquido pelo tempo recomendado de 30 segundos. O material restaurador foi inserido na cavidade com a seringa Centrix (Centrix, Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil), e, em seguida, fotopolimerizado como o indicado pelo fabricante com uma luz de LED de alta potência Fotopolimerizador LED-6 (Kondentech, São Carlos, Brasil) utilizando comprimento de onda de 460-480 nm, por 20 segundos.

Houve dificuldade no momento da inserção do material na cavidade devido à falta de colaboração do paciente, o qual apresentou comportamento negativo ao final da consulta. A técnica de manejo de comportamento de estabilização protetora foi utilizada com a autorização do responsável (ANEXO A). Ao final do atendimento, foi realizado o ajuste oclusal, acabamento e polimento da restauração (Figura 11).

Figura 8 - Remoção seletiva de dentina amolecida utilizando instrumento manual



Foto 9 - Remoção seletiva de dentina amolecida das paredes circundantes utilizando instrumento manual



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 10 - Aspecto clínico do dente 85 após a remoção seletiva do tecido cariado



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 11 - Aspecto clínico do dente 85 após remoção seletiva do tecido cariado e restauração com cimento de ionômero de vidro



Fonte: Arquivo pessoal

Na tomada radiográfica do dente após o tratamento, verificou-se uma boa adaptação do material restaurador e que o preparo cavitário não removeu excessivamente a parede axial, preservando a saúde pulpar (Figura 12).

Figura 12 - Radiografia periapical do dente 85 após o tratamento



Fonte: Arquivo pessoal

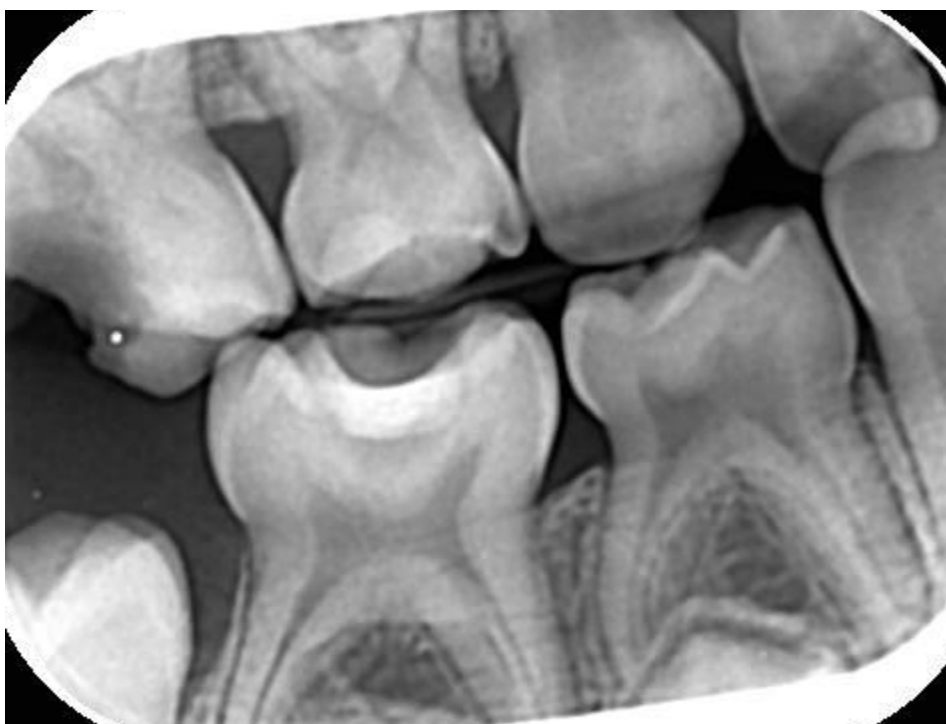
Durante o acompanhamento, após o período de 6 meses, não foram observados dor, mobilidade patológica, abscesso/fístula, nem falha da restauração. Clinicamente, a restauração encontrou-se com margens íntegras e sem infiltração de cárie (Figura 13). Além disso, de acordo com o exame radiográfico de acompanhamento de 6 meses, não foram detectados sinais radiográficos indicativos de comprometimento pulpar (Figura 14 e 15). O paciente segue em acompanhamento clínico e radiográfico do procedimento realizado e em atendimento para a finalização de plano de tratamento.

Figura 13- Aspecto clínico do dente 85 após 6 meses do tratamento



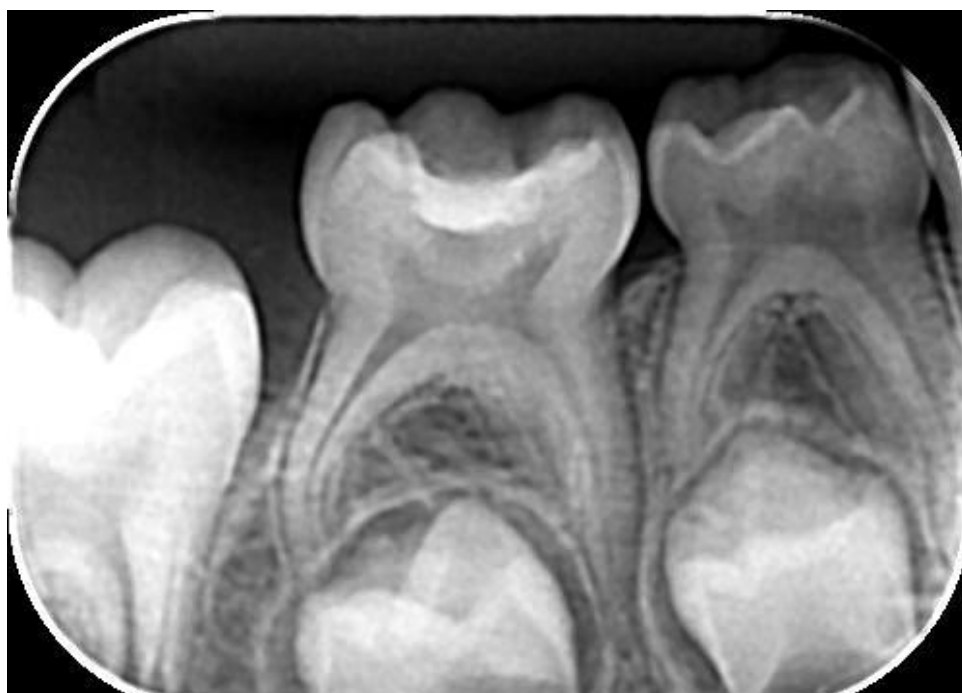
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 14- Radiografia interproximal do 85 após 6 meses do tratamento



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 15- Radiografia periapical do 85 após 6 meses do tratamento



Fonte: Arquivo pessoal

Tendo em vista a importância da compreensão e adesão da técnica de remoção seletiva em Odontopediatria, o presente trabalho se propôs a desenvolver uma cartilha informativa para os acadêmicos de Odontologia (APÊNDICE A). A cartilha desenvolvida instrui por meio de ilustrações a execução da remoção seletiva de tecido cariado em lesões cavitadas moderadas e profundas de cárie em dentina, além de demonstrar por meio de um caso clínico e pontuar os materiais necessários para o tratamento.

3 DISCUSSÃO

O manejo eficaz da doença cárie é caracterizado pela detecção precoce de lesões e o diagnóstico preciso, através da atividade de cárie e avaliação de risco, e pela prevenção da ocorrência de novas lesões de cárie (SCHWENDICKE et al., 2016). Dentre as possibilidades de tratamento para lesões de cárie, há uma ampla gama de abordagens, as quais devem ser baseadas em evidências científicas, seguindo a visão moderna de mínima intervenção (INNES et al., 2016; BANIHANI et al., 2022). A filosofia de mínima intervenção tem como objetivo preservar as estruturas dentárias, incluindo a detecção precoce de cárie e tratamento não operatório, combinado com procedimentos restauradores minimamente invasivos quando necessário (MACHIULSKIENE et al., 2020), reduzindo o ciclo restaurador repetitivo e mantendo os dentes pelo máximo tempo possível em boca (BANERJEE et al., 2020).

Tradicionalmente, o tratamento convencional de lesões de cárie cavitadas em dentina consiste no tratamento restaurador baseado na remoção de dentina cariada, seguido do selamento destas cavidades. Há diferentes abordagens no manejo de lesões de cárie cavitadas em dentina, as quais podem levar a diferentes desfechos clínicos. Tratamentos restauradores têm sido propostos em que a remoção seletiva de dentina cariada seja realizada com a finalidade de preservar tecido dentário especialmente em lesões cavitadas profundas (BJORNDAL et al., 2010; MALTZ et al., 2002; MALTZ et al., 2010; MALTZ et al., 2012). Métodos de remoção seletivos de cárie reduzem a incidência de exposição da polpa e são clinicamente vantajosos em relação à remoção não seletiva (INNES et al., 2018). Cabe ressaltar que a remoção não seletiva (remoção total) da dentina cariada não é mais indicada, sendo considerada um sobretratamento principalmente em lesões profundas de cárie, com risco aumentado de exposição pulpar (SCHWENDICKE et al., 2016). Considerando todos esses fatores, a estratégia escolhida para tratamento da lesão de cárie descrita neste caso clínico foi a de remoção seletiva do tecido cariado.

Para o tratamento de lesões de cárie definidas como profundas, consideradas aquelas que se estendem radiograficamente para o terço ou quarto interno da espessura da dentina, ou que clinicamente possuem risco de exposição pulpar, a melhor escolha de intervenção é a RSTC (SANTAMARIA et al., 2020;

BANERJEE et al, 2017), como realizado no presente caso clínico o qual se apresentava no limite entre lesão moderada e profunda. O prognóstico dessa modalidade de tratamento tem demonstrado resultados promissores em dentes permanentes (MOREIRA, 2022; BARROS et al., 2020) e em dentes decíduos (PEREIRA, 2016; GUIMARÃES, 2016).

O manejo de lesões cariosas em dentes decíduos é desafiador, em virtude da necessidade de considerar fatores como idade, desenvolvimento cognitivo, percepção da dor e capacidade de descrevê-la, cooperação da criança e dos pais (SANTAMARIA et al., 2020), além da morfologia específica dos dentes decíduos (AIEM et al., 2020). A RSTC é considerada um procedimento que requer menos tempo de tratamento e resulta em um menor nível de desconforto para os pacientes, o que é especialmente importante no tratamento de crianças, aumentando a chance de colaboração de pacientes infantis e, reduzindo assim, o estresse durante o atendimento (FRANZON et al., 2014). Em virtude da baixa expectativa de dor ao se adotar a técnica da RSTC e do planejamento de utilizar o CIV com material restaurador, o uso de anestesia local e do isolamento absoluto no tratamento foram dispensáveis no caso descrito. É válido ressaltar que a principal vantagem da RSTC frente à remoção em duas etapas/sessões (stepwise ou tratamento expectante) é a realização em sessão única, visto que a reabertura da cavidade para a remoção do tecido cariado remanescente aumenta o risco de exposição pulpar (JARDIM; SIMONETTI; MALTZ, 2015).

O correto diagnóstico pulpar precisa ser estabelecido com um detalhado exame clínico e radiográfico para que haja o sucesso da RSTC (AZEVEDO et al., 2011; KHER E RAO, 2020). A decisão de realizar a RSTC é tomada após descartar todos os sinais e sintomas de pulpite irreversível, perda óssea ou lesão de furca. No caso clínico descrito, não foi verificado nenhum aspecto que contra indicasse a abordagem escolhida.

De forma similar a este caso clínico, estudos prévios têm demonstrado sucesso clínico e radiográfico em relação à preservação da saúde pulpar utilizando a abordagem de remoção seletiva de tecido cariado (YAO; LUO; HAO, 2023) As evidências científicas demonstram que em dentes decíduos assintomáticos e com lesões profundas de cárie, o risco de exposição pulpar é reduzido quando submetido a técnicas menos invasivas, tal como a RSTC ou técnicas de intervenção que não envolvem remoção de tecido cariado (SANTAMARIA et al., 2020).

A RSTC pode ser realizada até dentina firme ou até dentina amolecida de acordo com os critérios clínicos e profundidade da lesão de cárie. A RSTC até dentina firme pode ser utilizada em lesões rasas e moderadas, mantendo a dentina coriácea na parede pulpar. A RSTC até dentina amolecida é indicada para lesões cariosas muito profundas, sem indicativo de sinais de sintomas de pulpite irreversível, mas que uma escavação profunda ocasionaria exposição pulpar, podendo haver necessidade de intervenção mais invasiva, como a pulpotomia. Nesta estratégia de RSTC, a dentina amolecida é mantida nas porções mais profundas da cavidade (INNES et al., 2016; SCHWENDICKE et al., 2016). A RSTC utilizada no presente caso foi até dentina firme, mantendo a dentina coriácea na parede fundo, uma vez que esta cavidade apresenta-se em um limite de profundidade de moderada a profunda.

O critério para remoção da quantidade de tecido cariado na técnica RSTC pode apresentar uma dificuldade para os clínicos, considerando a subjetividade da consistência dura da dentina. As características clínicas da dentina em dentina amolecida, coriácea, firme e dura são relacionadas ao aspecto tátil da dentina (BANERJEE et al., 2017). Durante a remoção de dentina cariada do presente caso, foi mantida a dentina coriácea na parede de fundo que se desprendia em lascas com instrumento manual. Quando o clínico realiza a remoção seletiva do tecido cariado, é necessário alcançar um equilíbrio entre os dois objetivos principais da remoção, de modo que a RSTC seja adequada para se obter uma profundidade de forma que o material restaurador se mantenha estável na cavidade e ao mesmo tempo, que essa profundidade não permita ocorrer exposição pulpar durante a remoção (KHER e RAO, 2020).

A remoção realizada até a dentina coriácea é justificada para a obtenção de uma profundidade adequada para restauração, permitindo um selamento hermético da lesão, privando os microrganismos existentes no tecido residual de obterem nutrientes provenientes do substrato externo, em consequência, a lesão cariosa é inativada (KHER e RAO, 2020). As lesões de cárie são paralisadas após RSTC, devido ao selamento hermético assegurar suprimento limitado de carboidratos, portanto, o estresse nutricional proporciona redução da carga microbiana, alteração de espécies e de diversidade genotípica. Desse modo, é refutada a teoria de que é necessário remover todo o tecido cariado da lesão, pois, os níveis microbiológicos

de lesões que passaram pelo processo de remoção total é o mesmo de lesões em que a abordagem terapêutica baseou-se na RSTC (BITELLO-FIRMINO et al., 2018).

O material restaurador utilizado no caso foi o cimento de ionômero de vidro (CIV), devido às suas propriedades de liberação e incorporação de flúor, biocompatibilidade, adesão físico-química e o coeficiente de expansão próximo ao dente (LOGUERCIO, REIS e NAVARRO, 2013; MUNIZ et al., 2020). Ademais, o CIV possui uma técnica simplificada de uso em relação à resina composta (FONSECA et al., 2022). No caso clínico, optou-se pelo CIV fotoativado devido ao rápido tempo de presa, uma vez que o paciente odontopediátrico tem um tempo de cadeira curto. Além disso, é relatado na literatura ausência de diferença significativa na presença de falhas das restaurações com CIV e resina composta em dentes decíduos, justificando o uso do CIV como material de escolha para restaurações de dentes decíduos posteriores (FONSECA et al., 2020). As restaurações em dentes decíduos são consideradas menos exigentes devido ao tempo de vida biológico ser mais curto e com menos carga mastigatória, em comparação aos dentes permanentes (UNNIKRISHNAN et al., 2019).

As complicações restauradoras envolvidas na RSTC superam as pulpares, as quais são decorrentes da ausência da integridade marginal e da perda total ou parcial da restauração. Pacientes que possuem dieta com alto teor de sacarose e apresentam deficiente higiene oral estão mais sujeitos a ocorrência de cárie secundária e, assim, prejudicar a restauração (SILVA, 2019; TRENTIN, 2020). Fatores relacionados ao paciente, especialmente a pouca idade e alta experiência de cárie das crianças, podem representar um desafio para a sobrevivência da restauração como observado em um estudo retrospectivo de tratamentos com remoção seletiva de tecido cariado (MELGAR et al., 2017). Dessa forma, o paciente do caso relatado segue em acompanhamento para avaliação periódica da integridade da restauração realizada, assim como recebe orientações preventivas para um adequado controle do biofilme bem como de uma dieta com restrição do consumo de açúcares.

4 CONCLUSÃO

Neste relato de caso, verificou-se sucesso clínico e radiográfico da abordagem de remoção seletiva de tecido cariado em uma lesão de cárie em dentina de dente decíduo, priorizando a manutenção da vitalidade pulpar e, evitando assim, a realização de procedimentos mais invasivos no paciente infantil. Além disso, o caso relatado respaldou a elaboração de uma cartilha destinada aos estudantes de Odontologia sobre a RSTC em dentes decíduos para que esta abordagem seja melhor discutida e difundida no ensino na graduação, contribuindo assim para o manejo mais efetivo de lesões profundas de cárie.

REFERÊNCIAS

AIEM, Elody et al. Caries removal strategies for deep carious lesions in primary teeth: Systematic review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 30, n. 4, p. 392-404, 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS . Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. **Pediatric dentistry**, v. 30, n. 7 Suppl, p. 40-43, 2008.

AZEVEDO, I. M. C. et al. Remoção parcial de tecido cariado. **Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, 2011. DOI: 10.18764/. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1287>. Acesso em: 25 fev. 2023.

BANERJEE, A. et al. Contemporary operative caries management: consensus recommendations on minimally invasive caries removal. **British dental journal**, v. 223, n. 3, p. 215-222, 2017.

BANIHANI, A. et al. Minimal intervention dentistry for managing carious lesions into dentine in primary teeth: an umbrella review. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 5, p. 667-693, 2022.

BARROS, Myrna Maria Arcanjo Frota et al. Selective, stepwise, or nonselective removal of carious tissue: which technique offers lower risk for the treatment of dental caries in permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. **Clinical oral investigations**, v. 24, p. 521-532, 2020.

BITELLO-FIRMINO, Luciana et al. Microbial load after selective and complete caries removal in permanent molars: a randomized clinical trial. **Brazilian Dental Journal**, v. 29, p. 290-295, 2018.

BJØRNDAL, Lars et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. **European journal of oral sciences**, v. 118, n. 3, p. 290-297, 2010.

BRASIL, S. B. et al. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde**, v. 116, 2012.

CASALS PEIDRÓ, Elías; PEREIRO, García. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. **RCOE. Revista del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España**, v. 19, n. 3, p. 189-248, 2014.

DE LIMA ALVES, José Carlos; PIRES, Andressa Cavalcanti. A Influência de uma Alimentação Rica em Carboidratos no Processo Formação da Cárie Dentária-Revisão da Literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 11, n. 4, p. 727-730, 2022.

FONSECA, Patrícia Gomes et al. Prevalence of unsatisfactory dental restorations in posterior primary teeth and associated factors. **Brazilian Oral Research**, v. 36, 2022.

FRANZON, Renata et al. Outcomes of one-step incomplete and complete excavation in primary teeth: a 24-month randomized controlled trial. **Caries Research**, v. 48, n. 5, p. 376-383, 2014.

GUIMARÃES, Lizandra Ferrari. **Avaliação da performance de restaurações de resina composta após remoção seletiva de tecido cariado em dentes decíduos: uma análise de microtomografia computadorizada.** Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Porto Alegre, p. 77. 2016.

INNES, N. P. T. et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on terminology. **Advances in dental research**, v. 28, n. 2, p. 49-57, 2016.

JARDIM, Juliana Jobim; SIMONETTI, Miriam Nunes Doedge; MALTZ, Marisa. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: seis anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 1, 2015.

KHER, Meenakshi S.; RAO, Ashwin. Selective removal of carious tissue in shallow, moderately deep and deep carious lesions in pediatric patients. **Clinical Dentistry Reviewed**, v. 4, p. 1-10, 2020.

LEÃO FILHO, Jorge César Borges; DE SOUZA, Thayse Rodrigues. Métodos de detecção de cárie: do tradicional às novas tecnologias de emprego clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 253-265, 2011.

LIBERMAN, J. et al. Survival of composite restorations after selective or total caries removal in primary teeth and predictors of failures: a 36-months randomized controlled trial. **Journal of Dentistry**, v. 93, p. 103268, 2020.

LOGUERCIO, Alessandro Dourado; REIS, Alessandra; NAVARRO, Maria Fidela de Lima. Cimento de Ionômero de vidro convencional. **Materiais dentários diretos: dos fundamentos à aplicação clínica**, p. 435, 2013.

MACHIULSKIENE, Vita et al. Terminology of dental caries and dental caries management: consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. **Caries research**, v. 54, n. 1, p. 7-14, 2020.

MALTZ, Marisa et al. A clinical, microbiologic, and radiographic study of deep caries lesions after incomplete caries removal. **Quintessence international**, v. 33, n. 2, 2002.

MALTZ, Marisa et al. Partial Caries Removal in Deep Lesions: 19-30 months follow-up study. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 51, n. 1, 2010.

MALTZ, M. et al. Randomized trial of partial vs. stepwise caries removal: 3-year follow-up. **Journal of dental research**, v. 91, n. 11, p. 1026-1031, 2012.

MARCUCCI, G.; SILVA, S. S. Conhecendo as lesões fundamentais. **Estomatologia (Fundamentos de odontologia)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2005.

MELGAR, Ximena C. et al. Survival and associated risk factors of selective caries removal treatments in primary teeth: a retrospective study in a high caries risk population. **Caries Research**, v. 51, n. 5, p. 466-474, 2017.

MOREIRA, Jefferson Chaves. **Possíveis limitadores da prática de remoção seletiva do tecido cariado no dia a dia de cirurgiões-dentistas**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Restauradora) - Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos, p. 135. 2022.

MOSELE, Gláucia Tápias Nardão; IMPARATO, José Carlos Pettorossi; PARIZOTTO, Symonne PCOL. Avaliação do capeamento pulpar indireto e tratamento expectante em molares decíduos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 66, n. 3, p. 214-220, 2012.

MUNIZ, Ana Bessa et al. Cimento de ionômero de vidro em odontopediatria: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e3853-e3853, 2020.

PEREIRA, Joanna Tatith. **Longevidade de restaurações adesivas em dentes decíduos posteriores submetidos à remoção total ou seletiva de tecido cariado: um estudo multicêntrico**. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 64. 2016.

RICKETTS, David et al. Complete or ultraconservative removal of decayed tissue in unfilled teeth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2006.

ROSIER, B. T.; MARSH, P. D.; MIRA, A. Resilience of the oral microbiota in health: mechanisms that prevent dysbiosis. **Journal of dental research**, v. 97, n. 4, p. 371-380, 2018.

SANTAMARÍA, Ruth M. et al. How to intervene in the caries process: dentin caries in primary teeth. **Caries Research**, v. 54, n. 4, p. 306-323, 2020.

SCHWENDICKE, Falk et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on carious tissue removal. **Advances in dental research**, v. 28, n. 2, p. 58-67, 2016.

SCHWENDICKE, Falk et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. **Clinical oral investigations**, v. 23, p. 3691-3703, 2019.

SHEIHAM, Aubrey; JAMES, W. P. T. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. **Journal of dental research**, v. 94, n. 10, p. 1341-1347, 2015.

SILVA, Larissa Ribeiro. **Avaliação de protocolos para remoção seletiva de tecido cariado e para o tratamento restaurador atraumático em molares decíduos: um ano de seguimento de estudos clínicos randomizados**. 2019. 97 f., il. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

TENÓRIO, Maria Dânia Holanda; COTA, Ana Lúcia; TENÓRIO, Diene Maria Holanda. Importância da anatomia dos dentes decíduos para os procedimentos clínicos:[revisão]. **Odontol. clín.-cient**, p. 21-28, 2009.

TRENTIN, Giorgio Aldigueri. **Análise da sobrevida de restaurações de resina bulk fill em molares decíduos após remoção seletiva de tecido cariado: ensaio clínico controlado randomizado**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.37. 2020.

UNNIKRISHNAN, Surej et al. Marginal microleakage of glass ionomer cement with two different cavity conditioners on primary anterior teeth—an in vitro study. **Indian Journal of Dental Research**, v. 30, n. 2, p. 267, 2019.

YAO, Yao; LUO, Aoxiang; HAO, Yanhong. Selective versus stepwise removal of deep carious lesions: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Dental Sciences**, v. 18, n. 1, p. 17-26, 2023.

APÊNDICE A- CARTILHA EDUCATIVA

REMOÇÃO SELETIVA DE TECIDO CARIADO EM DENTES DECÍDUOS


CARTILHA INFORMATIVA

UFPA

Tipos de dentina

- **Dentina Amolecida**
Facilmente removida com instrumento manual.
- **Dentina Coriácea**
Um pouco mais resistente que a dentina amolecida, mas ainda facilmente removida com instrumento manual
Pouca diferença da dentina amolecida.
- **Dentina Firme**
Resistente ao corte manual, maior força deve ser exercida.
- **Dentina Dura**
Resistente ao corte manual, necessário utilizar broca, ouve-se o "Grito da dentina" quando a sonda exploradora é usada.

INNES,2016.



REMOÇÃO DO TECIDO CARIADO

CRITÉRIOS DE REMOÇÃO

Textura
Coloração
Umidade

QUANDO REALIZAR A REMOÇÃO SELETIVA ?

- Em lesões cavitadas em dentina com estrutura dental remanescente suficiente para receber a restauração
- Na ausência de relato de dor espontânea, fistula e/ou envolvimento pulpar.

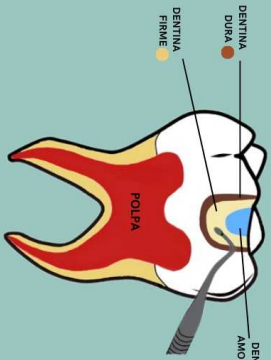
INNES,2016.



LESÃO CARIOSA EM PROFUNDIDADE MODERADA

EM LESÕES CAVITADAS EM DENTINA DE PROFUNDIDADE MODERADA, A REMOÇÃO DEVE OCORRER ATÉ DENTINA FIRME. DE FORMA, QUE AS PAREDES CIRCUNDANTES FIQUEM EM DENTINA DURA E A PAREDE AXIAL EM DENTINA CORIÁCEA OU FIRME (RESISTENTE AO INSTRUMENTO MANUAL).

INNES,2016.



Fonte: Elaborada pelos autores

LESÃO CARIOSA EM PROFUNDIDADE MODERADA

EVITAR A EXPOSIÇÃO PULPAR

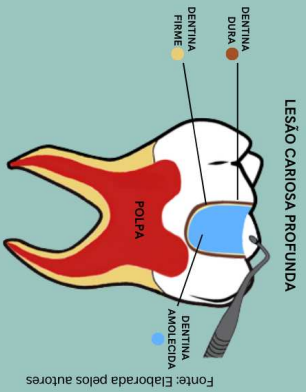
PROFUNDIDADE ADEQUADA

REMOVA TODA A DENTINA FIRME ATÉ ATINGIR A DENTINA DURA NA PERIFERIA

REMOVA PARTE DA DENTINA FIRME NA PAREDE AXIAL

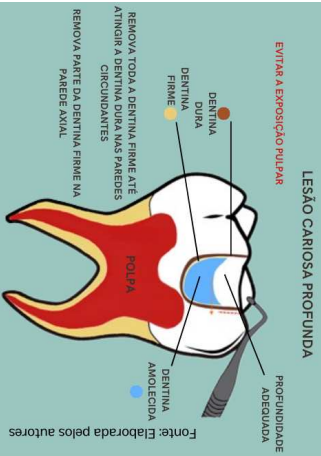
Fonte: Elaborada pelos autores





Em lesões cavitadas profundas em dentina, a remoção deve ocorrer até dentina amolecida. De forma, que as paredes circundantes fiquem em dentina dura e a parede axial em dentina amolecida, para evitar a exposição pulpar acidental.

INNES,2016.



CASO CLÍNICO

Observar clinicamente e radiograficamente se não há comprometimento pulpar



Remover a dentina amolecida com instrumento manual, sob isolamento relativo



Realizar restauração com CIV



Aspecto da dentina Firme



CHECKLIST

COLHER DE DENTINA
BAIXA ROTAÇÃO (USAR SOMENTE DAS PAREDES CIRCUNDANTE)

KIT CLÍNICO
ESPÁTULA DE INSERÇÃO

ISOLAMENTO RELATIVO
ROLETES DE ALBODÃO
SUBADOR

ESPÁTULA Nº 24
PLACA DE VIDRO
MATERIAL RESTAURADOR - CIMENTO IONÔMERO DE VIDRO

SERINGA CENTRIX
FOTOPOLIMERIZADOR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INNES, N. P. T. et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on terminology. *Advances in dental research*, v. 28, n. 2, p. 49-57, 2016.

Fonte: Arquivo pessoal

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL**AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO**

Através deste instrumento de autorização, na qualidade de avó (mãe/pai/responsável), autorizo a realizarem os atos necessários ao diagnóstico e/ou tratamento odontológico do(a) menor Ramires Emanuel Lima Gonçalves.

Declaro que não tenho dúvidas a respeito das informações prestadas quanto aos procedimentos de diagnóstico. Outrossim, declaro estar ciente de que os procedimentos a serem realizados não obrigam a realização dos tratamentos odontológicos necessários, caso não correspondam ao perfil para o ensino e pesquisa praticado nesta unidade de ensino. Estou ciente, também, de que toda a documentação odonto legal produzida no diagnóstico e tratamento pertence ao prontuário desta faculdade, autorizando sua utilização para fins didáticos e de pesquisa científica, inclusive para divulgação científica. Declaro que respondi todas as questões acima de livre e espontânea vontade, garantindo a veracidade dessas informações, sem omissões. Comprometo-me ainda a informar ao profissional qualquer ocorrência relacionada à saúde.

Autorizo os responsáveis pelo tratamento do(a) menor acima mencionado(a) a realizarem a imobilização parcial ou total do(a) mesmo(a) para exame e/ou tratamento, visando sua proteção e segurança durante o procedimento. Estou consciente de que minha presença na sala de atendimento será permitida quando solicitada pelo profissional.

Sobral (CE), 27 de maio de 2022.

Marcia Inês Sousa

Assinatura do Pai, Mãe, Tutor ou Responsável pelo(a) menor

Nome: Marcia Inês Sousa RG: 2016199982-9