



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LARISSA CARDOSO ROSÁRIO DA SILVA**

**TRATAMENTO DE PACIENTES COM AMELOGÊNESE  
IMPERFEITA: um caminho a seguir**

**TREATING PATIENTS WITH AMELOGENESIS  
IMPERFECTA: a path to follow**

**SALVADOR**

**2018.1**

**LARISSA CARDOSO ROSÁRIO DA SILVA**

**TRATAMENTO DE PACIENTES COM AMELOGÊNESE  
IMPERFEITA: um caminho a seguir**

**TREATING PATIENTS WITH AMELOGENESIS  
IMPERFECTA: a path to follow**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iza Teixeira  
Alves Peixoto  
Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carla  
Robatto Nunes

SALVADOR

2018.1

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2. RELATOS DE CASO</b>	<b>8</b>
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>16</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXOS**

## RESUMO

A (AI) é uma má formação do esmalte dental, de origem hereditária, que pode afetar as dentições decídua e permanente. Historicamente, pacientes com esta anomalia eram tratados com múltiplas extrações. A ocorrência desta patologia tem variadas consequências, e apresentam-se em graus diferentes, a depender do tipo. Este trabalho tem como finalidade apresentar dois casos clínicos com diagnóstico de (AI) em criança, descrevendo suas alterações e relatando um protocolo de tratamento menos invasivo, com enfoque na promoção de saúde bucal. Relatos de caso: paciente BSC, 14 anos, sexo feminino e paciente BSC, 8 anos, sexo masculino, irmãos, ambos ASA I, apresentando alterações de cor, tamanho e forma dos dentes, excessiva sensibilidade e superfície rugosa. Após avaliação radiográfica (panorâmica) observou-se áreas radiopacas e radiolúcidas nas coroas e rizogênese tardia, compatível a Amelogênese Imperfeita do tipo hipoplásica. Optando por um tratamento mais conservador foi possível reabilitar estética e função com sucesso. Quando a patologia é identificada precocemente o êxito no tratamento é obtido com maior facilidade. Desse modo, é possível preparar o paciente por meio de promoção de saúde, proporcionando um suporte para continuidade do seu tratamento com reabilitação estética e funcional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Amelogênese Imperfeita. Esmalte dentário. Reabilitação bucal.

## **ABSTRACT**

(AI) is a malformation of the dental enamel, inherited, which can affect the Homodont deciduous and permanent. Historically, patients with this anomaly were treated with multiple extractions. The occurrence of this pathology has different consequences, and present themselves in different degrees, depending on the type. This work has as its purpose to present two clinical cases with diagnosis of (AI) in children, describing your changes and reporting a less invasive treatment protocol, with a focus on the promotion of oral health. Case Reports: patient BSC, 14 years, female gender and patient BSC, 8 years old, male, brothers, both ASA I, introducing changes of color, size and shape of the teeth, excessive sensitivity and rough surface. After radiographic evaluation (pan) observed radiopaque areas and radiolúcidas in crowns and Rhizogenesis late, compatible to the HYPOPLASTIC AMELOGENESIS IMPERFECTA type. By choosing a more conservative treatment was possible to rehabilitate aesthetics and function successfully. When the pathology is identified early success in treatment is obtained with greater ease. In this way, it is possible to prepare the patient through health promotion, providing a support for continuity of your treatment with aesthetic and functional rehabilitation.

**KEY WORDS:** Amelogenesis Imperfecta. Enamel. Oral Rehabilitation.

## 1. INTRODUÇÃO

Crianças com o sorriso comprometido apresentam grande descontentamento, falta de estímulo para relacionarem-se com às demais, podendo adquirir distúrbios comportamentais e psicológicos, devido a alterações dentárias que modificam a aparência e a estética (1).

A Amelogênese Imperfeita caracteriza-se como uma anomalia genética (2-4), que altera a formação do esmalte pela diferenciação imprópria dos ameloblastos, podendo afetar ambas as dentições (1).

O defeito ocorre durante a odontogênese, porém afeta exclusivamente o esmalte (2,5), não havendo alterações na dentina, morfologia radicular e câmara pulpar. São classificados como Amelogênese Imperfeita do tipo hipoplásica, hipocalcificada e hipomaturada (5).

Esta doença pode alterar diversos genes, com transmissão autossômica recessiva, dominante (gene enamelina) ou ligado ao cromossomo X (gene amelogenina) (1,3). A Amelogênese do tipo hipoplásica está associada a alterações no cromossomo X, e se manifesta com matriz de esmalte irregular, com coloração variando do amarelo ao pardo (1,5). A do tipo hipocalcificada relaciona-se a alterações no gene enamelina, tornando o esmalte manchado e escurecido (1,2). A hipomaturada é autossômica recessiva e apresenta esmalte mais fino (5).

Clinicamente, os pacientes podem apresentar alterações na dimensão vertical, na cor dos dentes, superfícies irregulares, elevada sensibilidade causando sintomatologia dolorosa, má oclusão, predisposição a cárie, doenças

periodontais, dificuldade mastigatória, além do comprometimento na estética do sorriso. Estas alterações variam de acordo com o tipo da patologia (6).

O que interfere bastante na qualidade de vida e no bem estar do indivíduo (7,8). Desse modo, este trabalho teve como finalidade apresentar dois casos clínicos com diagnóstico de Amelogênese Imperfeita do tipo hipoplásica, descrevendo as características de suas alterações e relatando um protocolo de tratamento mais conservador, com enfoque na promoção de saúde bucal, para minimizar os diversos efeitos.

## 2. RELATOS DE CASO

CASO 01 - Paciente BSC, 14 anos de idade, sexo feminino, melanoderma, ASA I. Apresentou-se com seu responsável legal a EBMSp para realização de atendimento odontológico, a mãe queixava-se da aparência dos dentes de sua filha, que eram amarelados e de tamanhos alterados. A queixa relatada pela paciente era de extrema sensibilidade ao estímulo térmico, baixa autoestima que influenciava negativamente no convívio social e escolar, além de elevado desconforto ao sorrir.

Após a anamnese foi constatado história progressiva de Amelogênese Imperfeita na família (materna). Ao exame físico intrabucal visual notou-se esmalte fino/inexistente, coloração dos dentes amarelo acastanhado, superfície rugosa, presença de biofilme dental, cúspides baixas, atraso na irrupção e dentes quadrangulares (Figura 1).



Figura 01 - Paciente BSC, 14 anos. Características intra bucais de Amelogênese imperfeita

- A. Vista frontal
- B. Vista oclusal da arcada superior
- C. Vista oclusal da arcada inferior

Ao exame radiográfico, pôde-se observar, imagem radiolúcida na dentição permanente, dentes com canais amplos, ausência de pontos de contato, além de algumas unidades impactadas (Figura 2).



Figura 02 – Radiografia panorâmica, paciente BSC 14 anos

Após formulação do plano de tratamento, baseado no histórico familiar com comprovação genética, idade do paciente e gravidade da patologia, foi realizado a fase de promoção de saúde. Iniciou-se a fase de adequação do meio bucal através de medidas como instrução de higiene oral que incluía escovação supervisionada, orientação e utilização do uso de fio dental, aplicação tópica de flúor sequenciais, além do controle e acompanhamento da dieta enfocando na redução de sacarose. Tais procedimentos, foram realizados em todas as consultas semanais. Apenas na consulta inicial foi feita aplicação de verniz de fluoreto de sódio a 5% e prescrição do creme dental Colgate SENSITIVE PRO-Alívio para uso diário.

Posteriormente foi feito recobrimento dos dentes decíduos e permanentes com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Riva Light Cure SDI A2), utilizando coroas de acetato (TDV) nos dentes anteriores,

melhorando assim a estética, dimensão vertical, obtendo alívio da sensibilidade, além da recuperação da auto estima (Figura 3) (Figura 4).



Figura 03- Paciente BSC, 14 anos. Escolha e adaptação das coroas de acetato, para posterior colocação do cimento de ionômeo de vidro (Riva Light Cure SDI fotopolimerizável A2)



Figura 04 – Paciente BSC, 14 anos. Tratamento transitório concluído na fase de dentição mista

- A. Vista frontal
- B. Vista oclusal da arcada superior
- C. Vista oclusal da arcada inferior

CASO 02- Paciente BSC, 8 anos de idade, sexo masculino, melanoderma, ASA I. Buscou atendimento odontológico na EBMSMSP acompanhado de sua mãe, que queixava-se da aparência dos dentes do filho que eram amarelados. A queixa principal do paciente era vergonha e sensibilidade ao sorrir e realizar a higiene bucal.

Ao realizar a anamnese foi comprovado história pregressa de Amelogênese Imperfeita na família (materna), não foi relatado nenhum problema sistêmico, alergias a alimentos ou medicamentos e não havia hábitos deletérios. Quanto à escovação, segundo a mãe, esta era realizada pela própria criança e nunca utilizou fio dental.

No exame físico intrabucal notou-se coloração dos dentes amarelo acastanhado, presença de lesões de cárie, superfície dental rugosa, cúspides baixas/quadrangulares, esmalte fino, atraso na irrupção e presença de biofilme dental nas superfícies dos elementos dentários (Figura 5).



Figura 05- Paciente BSC, 8 anos. Características intra bucais de Amelogênese imperfeita

- A. Vista frontal
- B. Vista oclusal da arcada superior
- C. Vista oclusal da arcada inferior

O quadro radiográfico do paciente BSC 8 anos, revelou imagem radiolúcida na coroa dos dentes em ambas dentições acometidas pela anomalia, ausência dos pontos de contato, alteração na forma das cúspides (Figura 6), características compatíveis a Amelogenese Imperfeita do tipo hipoplásica.

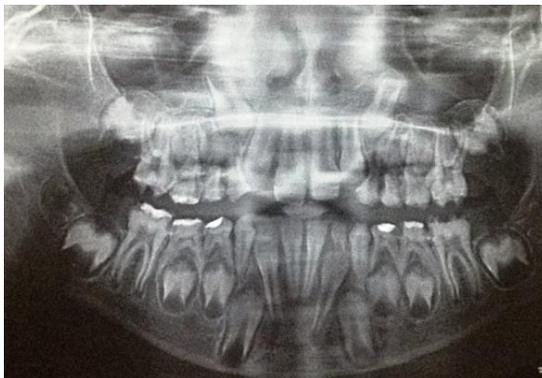


Figura 06 – Radiografia panorâmica, paciente BSC 8 anos

Iniciou-se com a fase preventiva, incluindo instrução de higiene oral, escovação supervisionada e orientação sobre a utilização de fio dental, aplicação tópica de flúor, além do controle e acompanhamento da dieta quanto a redução de sacarose. Tais procedimentos, foram mantidos em todas as consultas semanais. Foi feita prescrição do creme dental Colgate SENSITIVE PRO- Alívio para uso diário.

Nos seguintes atendimentos foi feito recobrimento dos dentes decíduos e permanentes com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Riva Light Cure SDI A2), utilizando coroas de acetato (TDV) nos dentes anteriores, melhorando assim a estética, dimensão vertical, obtendo alívio da sensibilidade e melhor satisfação quanto a aparência dos dentes (Figura 7).



Figura 07 – Paciente BSC, 8 anos. Tratamento reabilitador provisório na fase da dentição mista

- A. Vista frontal
- B. Vista oclusal da arcada superior
- C. Vista oclusal da arcada inferior

Após os procedimentos restauradores provisórios, o paciente relatou a satisfação estética e funcional além da ausência de sensibilidade dentária, sendo monitorado em intervalos de 3 meses. As restaurações não apresentaram sinais de deterioração e a higiene oral estava satisfatória.

### 3. DISCUSSÃO

Nos casos clínicos apresentados os pacientes severamente comprometidos pela Amelogênese Imperfeita apresentavam dificuldades em se relacionar com demais crianças, elevada sensibilidade dental que impedia a realização de higiene bucal adequada, além de lesões de cárie, alteração na coloração e forma de todas unidades(9-11). É importante encorajar a criança e os pais para reabilitação das unidades afetadas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida (11).

Entretanto, além do comprometimento da saúde bucal, havia o descontentamento com a aparência. O tratamento proposto foi conservador, baseado na orientação de higienização, controle de biofilme, aplicações tópicas de flúor e recobrimento das superfícies dentais com iônomo de vidro (8).

Um fator importante a ser destacado é a orientação constante do paciente e seus familiares quanto ao alto cuidado da higiene bucal e hábitos alimentares, falcitando a obtenção do sucesso no tratamento (8,11).

Após a adequação do meio bucal observou-se a evolução positiva da estética, função mastigatória (12) e melhorias psicossociais das crianças, com aumento da autoestima, favorável relacionamento com amigos na sociedade e no ambiente escolar, notando mudanças no comportamento(11).

Mediante a reabilitação de pacientes odontopediátricos com Amelogênese Imperfeita, pode-se indicar terapias minimamente invasivas com promoção de saúde bucal e restaurações conservadoras (11, 13).

Porém independentemente da técnica, ou material escolhido, é importante que o plano de tratamento abranja todas as seguintes fases: adequação do meio

(incluindo instrução de higiene bucal e redução da sensibilidade dental), restauradora e de manutenção (12,14). O tratamento para essa patologia é variável, pois depende da idade do paciente, tipo e gravidade da anomalia de esmalte, para que venha realizar um trabalho adequado(6).

O tratamento conservador realizado, é justificado mediante a finalidade de manter a máxima quantidade de estrutura dentária possível até que estes alcancem uma idade em que possam ser utilizadas técnicas restauradoras avançadas para a reabilitação dental(12)

A utilização do cimento de ionômero de vidro modificado por resina proporcionou adequação do meio bucal (8), devido as propriedades do material como o efeito anticariogênico, exelente estética, baixa solubilidade e adesividade (15).

Portanto o tratamento escolhido e executado propiciou melhorias funcionais e estéticas, reduziu a sintomatologia dolorosa, eliminou a sensibilidade que existia durante a realização da higiene bucal e funções mastigatórias (8).

Este trabalho sugere uma forma conservadora para a promoção de saúde bucal e reabilitação da função em dois pacientes acometidos pela amelogênese imperfeita do tipo hipoplásica, buscando melhores condições no bem estar, assim obtendo mudanças na qualidade de vida.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A condução dos pacientes com Amelogênese Imperfeita deve começar com o diagnóstico precoce e sugere-se inicialmente a adoção de tratamentos mais conservadores possíveis, baseados nos princípios da promoção de saúde. O anseio em mudar o aspecto do sorriso e o controle das sensações dolorosas, são os fatores motivadores para procurar o atendimento odontológico. O tratamento realizado é uma fase de transição para a reabilitação, visando reconquistar a DVO e a estética. Contudo, é possível adequar o meio bucal com sucesso, utilizando materiais biocompatíveis.

## REFERÊNCIAS

1. Acosta Camargo MA, Bolaños A, Simancas V, Landaeta A. Síndrome amelogénesis imperfecta-nefrocalcinosis: revisión bibliográfica. [serial online] 2014 [cited 2016 Nov 8]; 52(3): [1 ecrans]. Disponível em <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art25.asp>
2. Natalino Neto L, Paschoal MAB, Kobayashi TY, Rios D, Silva SMB. Early oral rehabilitation of a child with amelogenesis imperfecta. J Health Sci. Inst. 2010; 28(3): 246-8.
3. Pinheiro SFL, Cunha MJS, Amorim FCA, Lopes MF, Pinheiro IVA. Amelogênese imperfeita em paciente nefropata: relato de uma reabilitação oral conservadora. RGO. 2010; 58 (4): 527-31.
4. Smith RN, Elcock C, Abdellatif A, Backman B, Russell JM, Brook AH. Enamel defects in extracted and exfoliated teeth from patients with Amelogenesis Imperfecta, measured using the extended enamel defects index and image analysis. Arch Oral Biol. 2009; 54(5): 586-92.
5. Beraldo CBS, Silva BJA, Valerio CS, Mazzeiro ET, Manzi FR, Cardoso CAA. Amelogênese imperfeita: relato de caso clínico. RFO UPF. 2015; 20 (1): 101-4.
6. Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfect. Jada. 2005 may;136: 620-30.
7. Lundgren GP, Wickstrom A, Hasselblad T, Dahllof G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. Plos One. 2016; 11(6): e0156879. doi: 10.1371/journal.pone.0156879.
8. Azevedo MS, Goettems ML, Torriani DD, Romano AR, Demarco FF. Amelogênese imperfeita: aspectos clínicos e tratamento. RGO. 2013;61(SUPL): 491-6.

9. Kar SK, Tripathi A, Singh SV. Full mouth rehabilitation of hypomaturation type amelogenesis imperfecta: A clinical report. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2012; 2(3):213-6.
10. Pousette Lundgren G, Dahllof G. Outcome of restorative treatment in Young patients with amelogenesis imperfecta. A cross-sectional, retrospective study. *J Dent.* 2014; 42: 1382-9.
11. Holanda RC, Feitosa DMA, Gonçalves GKM, Alves KSS, Gouveia THN, Lobo PLD. Reabilitação estética e funcional em paciente com amelogênese imperfeita: relato de caso. *FOL.* 2017 jul-dez; 27(2): 45-52.
12. Sreedevi S, Sanjeev R, Ephraim R, Joseph M. Interdisciplinary Full Mouth Rehabilitation of a Patient with Amelogenesis Imperfecta: A Case Report with 8 Years Follow-up. *J Int Oral Health.* 2014; 6(6):90-3.
13. Türkün LS, Turkey I. Conservative restoration with resin composites of a case of amelogenesis imperfect. *International Dental Journal.* 2005; 55(1): 38-41.
14. Bouvier D, Duprez J-P, Pirel C, Vincent B. Amelogenesis imperfecta-a prosthetic rehabilitation: a clinical report. *J Prosth Dent.* 1999;82(2):130-1.
15. Silva FWGP, Queiroz AM, Freitas AC, Assed S. Utilização do ionômero de vidro em odontopediatria. *Odontol. Clín.Cient.* 2011 jan-mar;10(1):13-7.

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, eu, **BEATRIZ SILVA CRUZ**  
 Portador do RG **1546942742** e CPF **78122864520** residente e domiciliado  
**RUA ALTO DO CRUZEIRO**  
**608** , **PAULO AFONSO** , **BA**

declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre o procedimento a que vou me submeter, consubstanciado no tratamento odontológico descrito no Plano de Tratamento aprovado, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do mesmo.

1. Após a avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade em realizar o procedimento contratado.
2. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento terá duração prolongada, sendo que deverei retornar na clínica ambulatorial nos dias e horários determinados, bem como informar ao profissional responsável sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.
3. A falta às consultas agendadas por três vezes consecutivas implicará no abandono do tratamento, arcando o paciente com as consequências da desistência voluntária.
4. Declaro encontrar-me ciente de que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo(s) professor(es), que está(ão) orientando a(s) equipe(s), bem como que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à minha saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não podendo ser responsabilizado(s) o(s) profissional(is) que me assistir(em).
5. Para o caso do tratamento protético, foi esclarecido, dentre outras coisas:
  - a) Sobre a existência de diferentes tratamentos protéticos e a justificativa clínica do tratamento indicado (prótese provisória, prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa e prótese sobre implante);
  - b) em relação a estabilidade e retenção das próteses removíveis, que na hipótese de existência de um rebordo reabsorvido associado a uma fibromucosa flácida, poderá a prótese não apresentar uma boa retenção e estabilidade, devido às características clínicas, assumindo integralmente esse risco;
  - c) que, na hipótese de abandono do tratamento, responderá o paciente integralmente pelos custos adicionais gerados, caso haja necessidade de confeccionar uma nova prótese, e;
  - d) que, após a assinatura do prontuário, com escolha da cor e tamanho dos dentes artificiais, bem como do suporte labial (perfil do paciente), não poderá ser realizada nenhuma modificação da prótese. Na hipótese do paciente não ficar satisfeito com o resultado, deverá pagar por uma nova prótese, para realização das alterações desejadas.
6. Em se tratando de implantes Osteointegrados, foi informado, dentre outras coisas:
  - a) Sobre as alternativas de tratamento em que não estivessem envolvidos implantes osseointegrados, e;
  - b) que no caso de enxerto ósseo e implantes na mandíbula existe a possibilidade de parestesia (formigamento) e anestesia temporária ou definitiva do lado inferior.
7. ( ) Autorizo ( ) Não autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares e radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, preservado o anonimato do paciente.

Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.

9. Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

10. Por estar em pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

**Salvador 10 de Outubro de 2016**

Jozeilda da Silva

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO NO: 398958

Nome: Beatriz Silva Cruz

Data Nascimento: 03-06-2003 Idade 14 Gênero: ( ) M (x) F

Naturalidade: Brasileira - Salvador Estado: Bahia

Nacionalidade: Brasileira Endereço: Rua Amadeo Araújo

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Pedraço Estado: BA Tel: 75982697584

Responsável: Josmeide da Silva RG: \_\_\_\_\_

15

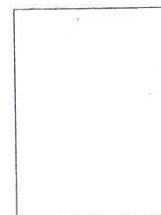
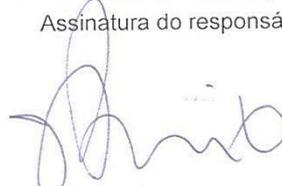
### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para intermédio de seus professores e alunos, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ meu filho(a) Beatriz Silva Cruz, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, dados do prontuário, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Instituição, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em palestras, cursos, livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Salvador,

Josmeide da Silva  
Assinatura do responsável





ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Você está sendo convidado a participar de um tratamento odontológico realizado sob a orientação dos professores Ana Carla Robatto Nunes e Iza Teixeira Alves Peixoto.

Sua mãe é responsável por você está ciente e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que autoriza o tratamento e a utilização das informações de seu prontuário, além das fotografias, radiografias, modelos, exames complementares e outros, em aulas, congressos e em publicações de artigos e livros científicos. Você pode desistir de ter os dados acima mencionados, publicados ou expostos sem que tenha prejuízo no tratamento que foi planejado para o seu caso.

Salvador, de

Assinatura Beatriz Silva Jareg  
Menor

Assinatura Jessy mede da Silva  
Responsável pelo menor

Assinatura [Assinatura]  
Professor responsável



Contato:

Prof. Iza Teixeira Alves Peixoto

Fone (71) 98858975

E-mail: peixotoiza@gmail.com

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, eu, **BRUNO DA SILVA CRUZ**  
Portador do RG **1666336238** e CPF \_\_\_\_\_ residente e domiciliado  
**RUA ALTO DO CRUZEIRO24**  
**679** \_\_\_\_\_, **SALVADOR** \_\_\_\_\_, **BA** \_\_\_\_\_,

declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre o procedimento a que vou me submeter, consubstanciado no tratamento odontológico descrito no Plano de Tratamento aprovado, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do mesmo.

1. Após a avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade em realizar o procedimento contratado.
2. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento terá duração prolongada, sendo que deverei retornar na clínica ambulatorial nos dias e horários determinados, bem como informar ao profissional responsável sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.
3. A falta às consultas agendadas por três vezes consecutivas implicará no abandono do tratamento, arcando o paciente com as consequências da desistência voluntária.
4. Declaro encontrar-me ciente de que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo(s) professor(es), que está(ão) orientando a(s) equipe(s), bem como que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à minha saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não podendo ser responsabilizado(s) o(s) profissional(is) que me assistir(em).
5. Para o caso do tratamento protético, foi esclarecido, dentre outras coisas:
  - a) Sobre a existência de diferentes tratamentos protéticos e a justificativa clínica do tratamento indicado (prótese provisória, prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa e prótese sobre implante);
  - b) em relação a estabilidade e retenção das próteses removíveis, que na hipótese de existência de um rebordo reabsorvido associado a uma fibromucosa flácida, poderá a prótese não apresentar uma boa retenção e estabilidade, devido às características clínicas, assumindo integralmente esse risco;
  - c) que, na hipótese de abandono do tratamento, responderá o paciente integralmente pelos custos adicionais gerados, caso haja necessidade de confeccionar uma nova prótese, e;
  - d) que, após a assinatura do prontuário, com escolha da cor e tamanho dos dentes artificiais, bem como do suporte labial (perfil do paciente), não poderá ser realizada nenhuma modificação da prótese. Na hipótese do paciente não ficar satisfeito com o resultado, deverá pagar por uma nova prótese, para realização das alterações desejadas.
6. Em se tratando de implantes Osteointegrados, foi informado, dentre outras coisas:
  - a) Sobre as alternativas de tratamento em que não estivessem envolvidos implantes osseointegrados, e;
  - b) que no caso de enxerto ósseo e implantes na mandíbula existe a possibilidade de parestesia (formigamento) e anestesia temporária ou definitiva do lado inferior.
7.  Autorizo ( ) Não autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares e radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações. preservado o anonimato do paciente.

. Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.

9. Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

10. Por estar em pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

**Salvador 3 de Maio de 2016**

A. J. J. Almeida da Silva

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

CPF: 781 228 645-20 Mãe

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO NO: 399000

Nome: Bruno da Silva Cruz  
Data Nascimento: 01-07-2009 Idade 8 Gênero:  M ( ) F  
Naturalidade: Salvador Estado: Bahia  
Nacionalidade: Brasileiro Endereço: Rua Amadeo Viana  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Pedreiras Estado: BA Tel: 75982643584  
Responsável: José de da Silva RG: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para intermédio de seus professores e alunos, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em meu filho(a) Bruno da Silva Cruz, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, dados do prontuário, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Instituição, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em palestras, cursos, livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Salvador,

José de da Silva  
Assinatura do responsável

José de da Silva





ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Você está sendo convidado a participar de um tratamento odontológico realizado sob a orientação dos professores Ana Carla Robatto Nunes e Iza Teixeira Alves Peixoto.

Sua mãe é responsável por você está ciente e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que autoriza o tratamento e a utilização das informações de seu prontuário, além das fotografias, radiografias, modelos, exames complementares e outros, em aulas, congressos e em publicações de artigos e livros científicos. Você pode desistir de ter os dados acima mencionados, publicados ou expostos sem que tenha prejuízo no tratamento que foi planejado para o seu caso.

Salvador,                    de

Assinatura *Bras da escola a de...*  
Menor

Assinatura *José... da Silva*  
Responsável pelo menor

Assinatura *[Signature]*  
Professor responsável



Contato:

Prof. Iza Teixeira Alves Peixoto  
Fone (71) 988858975  
E-mail: peixotoiza@gmail.com

## ANEXO 2

### Diretrizes para Autores

#### INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

#### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
  - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
  - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
  - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
  - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.
2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
  - 2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

    - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
    - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
    - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.
  - 2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

### 3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

#### Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

#### Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

#### Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

#### Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

#### Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

#### Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos,

nesta seqüência: \*,†, ‡, §, ||,,\*\*,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL