

UNIVERSIDADE TIRADENTES

DAFNÉ DE SOUZA NASCIMENTO

LETÍCIA MENEZES SILVA

MATHEUS CAETANO SIQUEIRA NASCIMENTO

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE  
CASO

ARACAJU-SE

2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE  
CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

VANESSA DOS SANTOS VIANA

ARACAJU-SE

2022

DAFNÉ DE SOUZA NASCIMENTO  
LETÍCIA MENEZES SILVA  
MATHEUS CAETANO SIQUEIRA NASCIMENTO

CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: RELATO DE  
CASO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Coordenação do  
Curso de Odontologia da  
Universidade Tiradentes como  
parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

Aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Professor Orientador: \_\_\_\_\_

1º Examinador: \_\_\_\_\_

2º Examinador: \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana, orientadora dos discentes Dafné de Souza Nascimento, Letícia Menezes Silva e Matheus Caetano Siqueira Nascimento, atesto que o trabalho intitulado: “Cárie na Primeira Infância: Relato de Caso” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Orientador(a)

## CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

### RELATO DE CASO

Dafné de Souza Nascimento<sup>a</sup>, Letícia Menezes Silva<sup>a</sup>, Matheus Caetano Siqueira Nascimento<sup>a</sup>

Vanessa dos Santos Viana<sup>b</sup>

*<sup>(a)</sup>Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes; <sup>(b)</sup>Professora Adjunta do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

#### RESUMO

A Cárie Precoce na Infância é definida quando há presença de um ou mais dentes decíduos cariados, perdidos por cárie ou restaurados. Seu aparecimento na cavidade bucal ocorre pela interação de microrganismos e uma dieta rica em carboidratos, com alta ingestão de açúcar, além da precariedade na higiene dentária das crianças e a falta de supervisão dos responsáveis nas escovações. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de Cárie Precoce na Infância em uma criança de 7 anos de idade, gênero feminino, atendida na Clínica de odontopediatria da UNIT. Ao exame clínico intraoral, foi observada a presença de múltiplas lesões cariosas, restos radiculares, restaurações em ionômero de vidro; ausência de algumas unidades dentárias, abscesso e pólipos pulpar. Foi elaborado um plano de tratamento composto por prevenção, restaurações ART, exodontias, aparelho ortodôntico mantenedor e recuperador de espaço estético. Foram realizadas aplicação de flúor, selante das unidades permanentes, restaurações ART nos dentes cariados, exodontias dos restos radiculares e dentes cariados com raiz reabsorvida. Após a conclusão do tratamento, a paciente e os pais mostraram-se bastante felizes com o resultado obtido, relatando sentir mais vontade de sorrir, melhorando o convívio na escola e sua qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cáries Dentárias, Dieta Cariogênica, Odontopediatria.

#### ABSTRACT

Early Childhood Caries is defined when there are one or more decayed deciduous teeth, lost or filled due to caries. Its appearance in the oral cavity occurs due to the interaction of microorganisms and a diet rich in carbohydrates, with a sugar ingestion, in addition to the poor dental hygiene of the children and the lack of supervision, by the caregiver, during brushing. The objective of this work is to present a clinical case of Early Childhood Caries in a 7-year-old female child, attended at the Pediatric Dentistry Clinic of UNIT. The intraoral clinical examination revealed the presence of multiple carious lesions, root remains, glass ionomer fillings; absence of some dental units, abscess and pulp polyp. A treatment plan was developed, consisting of: prevention; ART fillings, extractions, esthetic orthodontic appliance and space recovery. Fluoride application, sealant of permanent units, ART fillings in decayed teeth, extraction of root remains and of decayed teeth with reabsorbed root were performed. After finishing the treatment, the patient and her parents were quite happy with the obtained results, reporting that she felt more like smiling, improving her interaction at school and her quality of life.

**KEYWORDS:** Dental Caries, Cariogenic Diet, Pediatric Dentistry.

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar da intervenção da odontologia, a cárie dentária é uma doença oral de enorme importância que afeta pessoas de diversas idades, tendo sua maior prevalência em crianças nos primeiros anos de vida (LOPES *et al.*, 2020).

A mesma trata-se de uma doença de etiologia multifatorial, intransmissível, motivada por diversos fatores, sendo altamente influenciada pela dieta alimentar, nível de instrução dos pais ou responsável da criança, condições socioeconômicas, saneamento básico, cuidados com a higiene oral, prevenção e também o tratamento. A doença cárie ocasiona dor, sensibilidade, infecção e perda de estruturas, isso afeta negativamente a vida das crianças desde o seu crescimento até a vida adulta (CARVALHO *et al.*, 2021).

Por outro lado, a cárie dentária pode ser prevenida, controlada ou revertida. Para que possamos preveni-la é importante que tenhamos conhecimento sobre os seus aspectos etiológicos e sobre os fatores de risco relacionados ao seu desenvolvimento. Já o controle e a reversão dessa doença são possíveis caso haja um diagnóstico em estágio inicial, onde ela irá apresentar mancha branca em esmalte e não apresentará cavidades. No caso da existência de cavidade dentária é necessário o tratamento curativo e preventivo (BERNARDES *et al.*, 2021).

Alguns termos já foram relatados na literatura para nomear a Cárie na Primeira Infância como: cárie precoce severa na infância, cárie de mamadeira e cárie de acometimento precoce pelas evidências científicas e profissionais, estes entraram em desuso. A Cárie da Primeira Infância (CPI) é o termo definido pela American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD e atualmente o mais aceito. Para se classificar como CPI, a lesão cariiosa deve se apresentar com ou sem cavidade em um ou mais dentes decíduos, restaurados ou obturados, antes dos 71 meses de idade (BERNARDES *et al.*, 2021. MEDEIROS, 2018; BERALDI *et al.*, 2020).

Nas crianças com idade inferior a três anos, qualquer superfície dental lisa que esteja cariada (com ou sem cavidade) consta um indicativo de Cárie Severa da Infância. É considerada também Cárie Severa da Infância quando, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos (SILVA *et al.*, 2017)

Hábitos alimentares indevidos estabelecidos a partir do primeiro ano de vida da criança, a grande ingestão de açúcares em alimentos ou bebidas, o aleitamento sob livre demanda e refeições noturnas associadas a falta de higienização são consideradas as principais causas para o aparecimento da cárie severa na infância (NOGUEIRA e FERREIRA, 2021).

Principalmente em crianças na idade de pré-escola, a cárie é uma condição um tanto quanto limitante. Dentre as sequelas, as mais comuns são, presença de dor, comprometimento estético, comprometimento psicossocial e dificuldades de mastigação, estas são capazes e suficientes para promover mudanças de comportamento e prejuízo no desempenho escolar. Outro problema é que a criança que apresenta cárie na infância pode acabar vendo isso como algo comum e isso acarreta em uma maior probabilidade de desenvolverem lesões cáries na dentição permanente, impactando negativamente na qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2017).

O tratamento da mesma, deverá sempre ser o mais conservador possível, tendo como um dos principais focos o controle do biofilme e a reeducação alimentar. Diante disso, é de suma importância que seja identificado o estágio da doença para assim ser adotada a melhor conduta possível, levando em consideração também o comprometimento do paciente e dos pais ou responsáveis. Nos casos mais avançados, tendo a existência de cavidades com envolvimento do esmalte e dentina, o tratamento também passa a ser restaurador, caso a destruição coronária seja muito severa, é necessário a realização de tratamentos endodônticos tendo em sequência o tratamento restaurador. Caso seja inviável, o tratamento será a exodontia da unidade dentária e a utilização de aparelhos com função de manutenção de espaço estético-funcional (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de uma paciente pediátrica diagnosticada com CPI, sendo exposto desde a abordagem inicial, planejamento e tratamento final desta paciente com a finalidade de reestabelecer a saúde bucal da paciente, recuperando as suas funções mastigatória, fonética e estética.



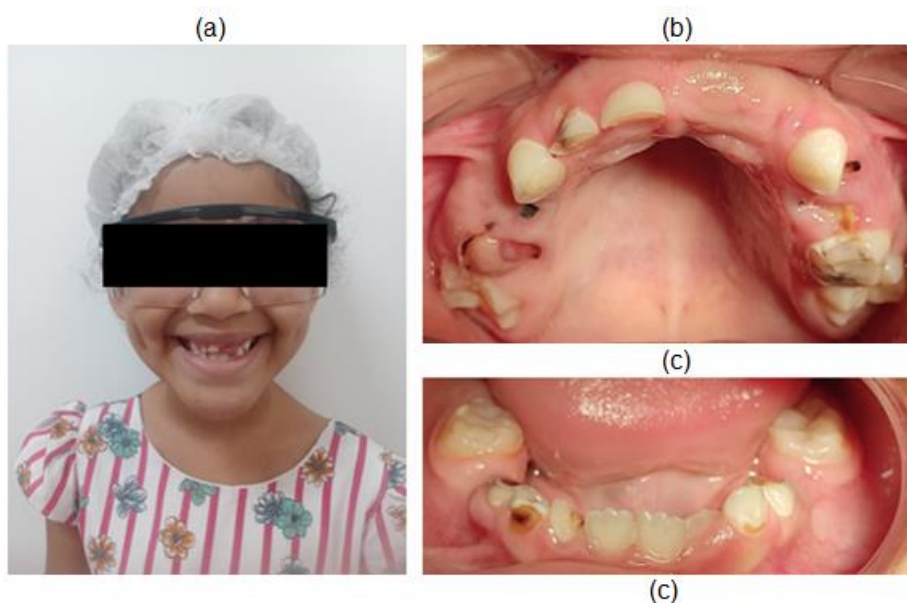
## 2. RELATO DE CASO

Paciente, A. M. M. O. S, 7 anos, sexo feminino, feoderma, ASA I, fase de latência, escala de Frankl tipo III, compareceu a clínica de Odontopediatria da Universidade Tiradentes acompanhada por seus pais para avaliação clínica de sua saúde bucal com a queixa principal de "minha filha tem os dentes muito feios" (S.I.C).

Na consulta inicial, foi feito um exame clínico completo. Iniciamos com uma anamnese respondida pelos pais, exame físico extra oral e exame clínico intra oral, além de instrução de higiene. Ao exame físico extra oral todas as estruturas encontram-se dentro dos padrões de normalidade.

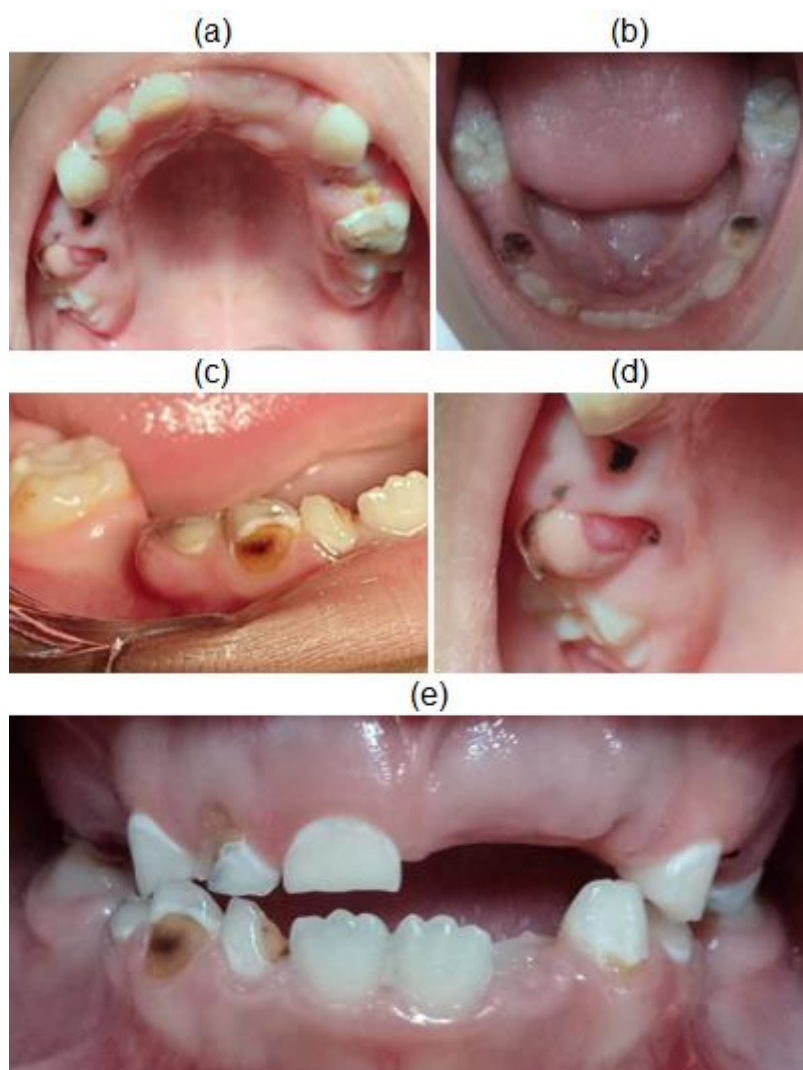
Ao exame clínico intraoral, foi observada a presença de múltiplas lesões cáries, entre elas as UD's: 52, 73, 74, 82, 83 e 84; presença de restos radiculares das UD's: 54, 55 e 64; presença de restaurações em ionômero de vidro nas UD's: 65 e 36; ausência das UD's: 61, 62, 75 e 85, (Figura 1 a e b ); presença de abscesso na UD 84 (Figura 2c) e presença de pólipos pulpar em região de resto radicular da UD 55 (Figura 2d). Além disso, a criança refere dor na UD36 restaurada.

Figura 1: Achados clínicos nos exames intra e extra orais; (a) Imagem extra oral da paciente. (b) Arcada superior. (c) Arcada inferior.



Fonte: caso clínico pesquisado

Figura 2: Achados clínicos iniciais; (a) Face oclusal superior; (b) Face oclusal inferior; (c) Abscesso UD 84; (d) Pólipo pulpar UD 55; (e) Aspecto inicial do sorriso e oclusão.



Fonte: caso clínico pesquisado

Para entendermos a origem das cáries, foi realizada uma anamnese completa e detalhada a respeito da saúde bucal como: hábitos, práticas, alimentação, higiene oral. Os pais relataram que a criança possui trauma de dentista, pois em seu primeiro contato foi feita uma exodontia e a criança sentiu muita dor e por isso tardaram a continuar o tratamento.

Eles alegam que sua alimentação é baseada em carboidratos e açúcar e que a criança consome doces e refrigerantes todos os dias. Ao serem questionados sobre esses hábitos, salientaram que enquanto eles passavam o dia no

trabalho, a criança ficava sob a guarda dos avós, que davam total acesso a doces diariamente e que o refrigerante era um hábito diário da família.

A respeito da higienização oral, os pais denotaram que o cuidado é deficiente, pois os avós não dão prioridade a esse hábito e que nem todos os dias ao chegar do trabalho eles supervisionam a escovação por estarem cansados e as vezes a criança acaba escovando os dentes sozinha.

A mãe relata que a progressão da cárie foi muito rápida, pois aos 6 anos a criança não tinha nenhuma cárie, mas em 1 ano vários dentes começaram a cariar, segundo ela, justamente o período de tempo que a mesma trabalhava fora e deixava a filha com os avós. Declara ainda que a criança sente dor ao mastigar, que muitas vezes ela começa a comer e não consegue finalizar, alegando que está com dor nos dentes.

Segundo os pais, a menina começou a queixar-se da estética dos seus dentes, chegando a afetar o convívio social na escola, pois os colegas de classe ficavam zombando de sua dentição e a criança não gosta de sorrir por sentir vergonha.

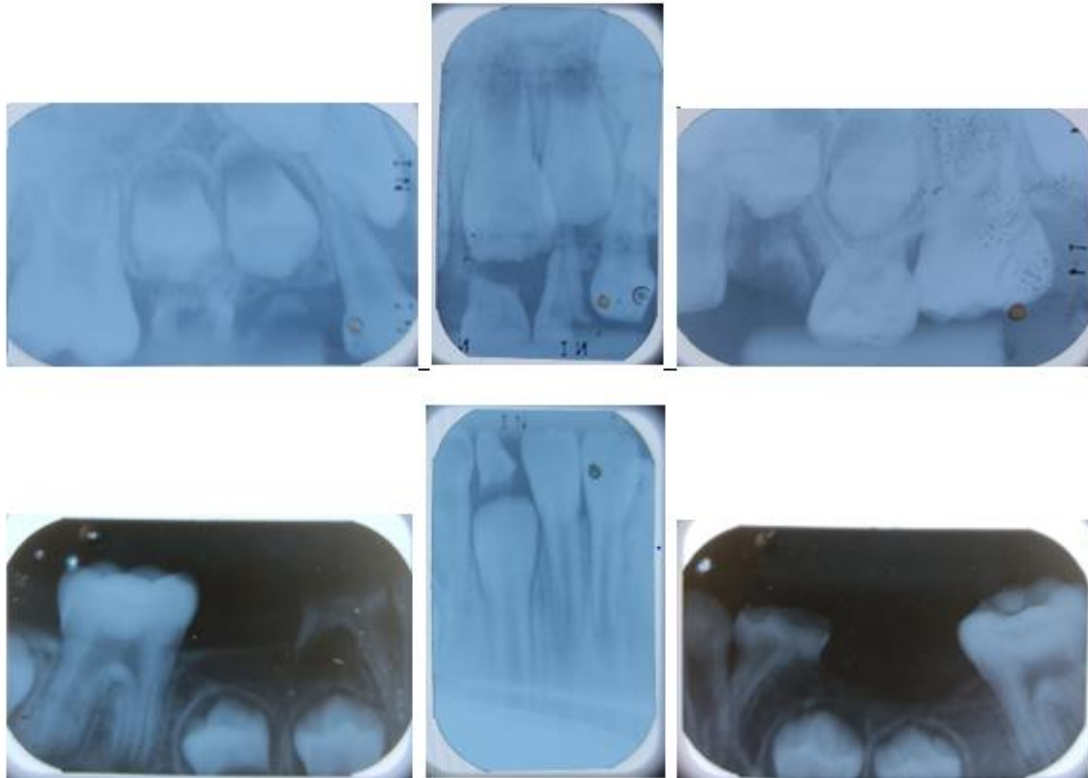
Diante da observação clínica e de todas as informações coletadas, levantamos a hipótese diagnóstica de Cárie Precoce na Infância e fizemos o plano de tratamento. Os pais foram informados do diagnóstico e das etapas do tratamento e foi solicitada a autorização assinada de ambos para o registro e posterior apresentação do caso clínico.

À frente das condições clínicas e radiográficas constatadas, o tratamento indicado foi: profilaxia; aplicação de flúor; aplicação de selante das UD's 16, 26 e 46; restauração com RIVA nas UD's 52, 73, 82, 83 cariadas; Restauração com ionômero de vidro em UD36, exodontia dos restos radiculares e UD's com raízes reabsorvidas 54, 55, 64, 74 e 84; restaurações com resina composta em UD's 52, 73 e 83, aparelho superior mantenedor de espaço e aparelho inferior recuperador de espaço, ambos estéticos e funcionais.

Iniciamos os procedimentos em ordem do plano de tratamento. Na primeira sessão, realizamos anamnese, radiografias periapicais de boca completa (Figura 3) e solicitamos radiografia panorâmica (Figura 4) para estudarmos a

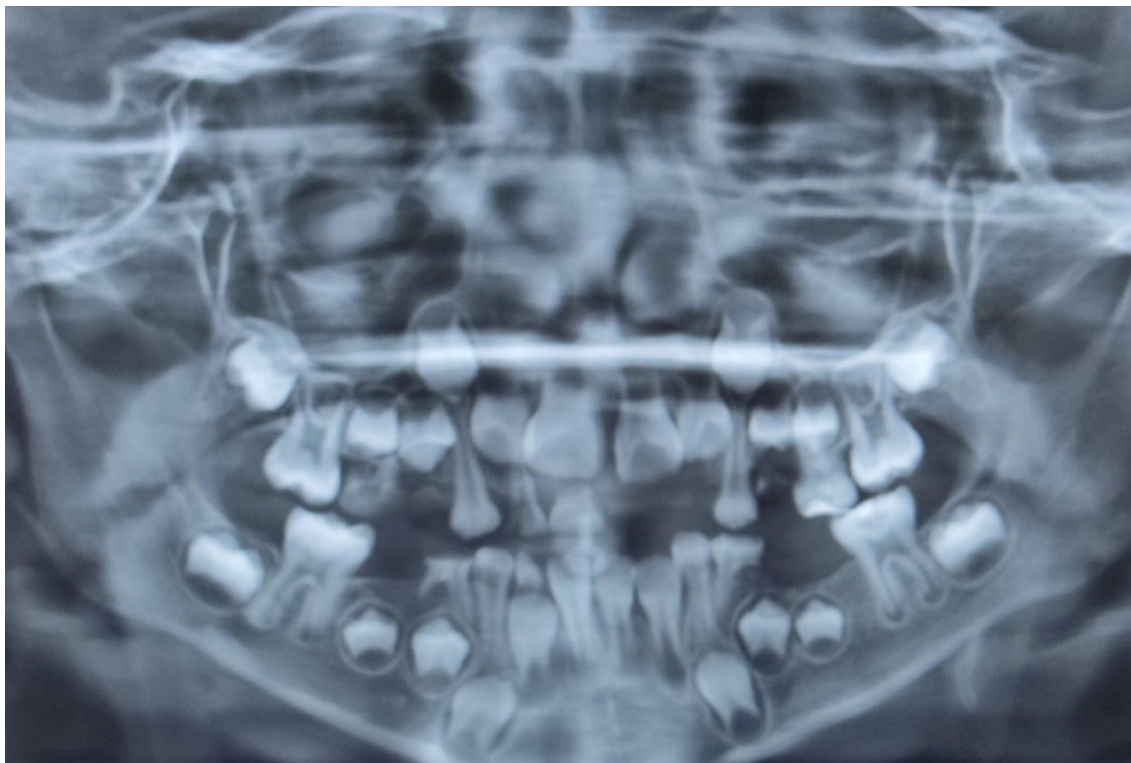
possibilidade de instalar um aparelho ortodôntico e realizar o planejamento. Além disso fizemos orientação de higiene oral a criança e aos pais, utilizando macromodelo e escova.

Figura 3: Radiografias periapicais



Fonte: caso clínico pesquisado

Figura 4: Radiografia Panorâmica

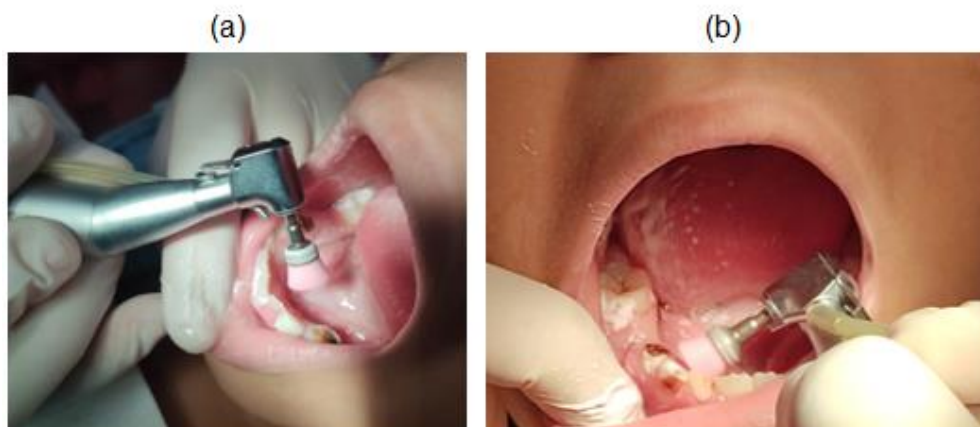


Fonte: caso clínico pesquisado

Na primeira consulta ela se apresentou tímida, com medo e vergonha de abrir a boca, fizemos um atendimento lúdico e acolhedor, com cartilha interativa, apresentação do ambiente, utilizamos algumas técnicas de manejo psicológico, tais como: falar-mostrar-fazer; controle da voz, reforço positivo e aos poucos ela apresentou confiança, facilitando a realização da anamnese, exame intra e extra oral, radiografias e odontograma de chegada.

Na segunda sessão, foi feita profilaxia e aplicação de flúor. Para realizar a profilaxia, utilizamos uma turbina de baixa rotação com uma escova de Robinson macia e aplicamos pasta profilática em todas as faces dos dentes. Depois de lavar e secar bem, fizemos a aplicação de flúor durante 2 minutos com ajuda da moldeira descartável e pedimos para que a paciente cuspsisse todo o excesso. Foi orientado a paciente e aos pais para que não bebesse água e nem se alimentasse nos próximos 60 minutos (figuras a e b).

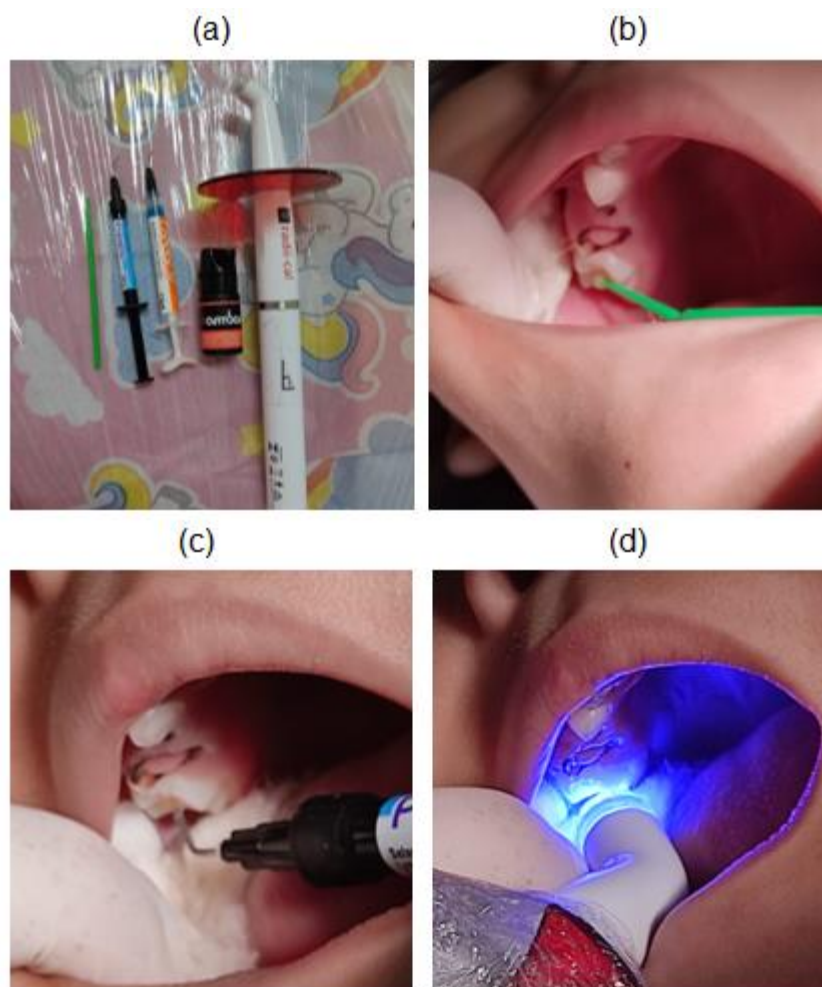
Figura 5: Execução da profilaxia; (a) e (b): Profilaxia



Fonte: caso clínico pesquisado

Na terceira sessão, foi realizado a aplicação de selante nas UD's 16, 26 e 46. Primeiramente, secamos os dentes com jato de ar e bolinha de algodão, aplicamos o ácido fosfórico durante 30 segundos e lavamos bem. Em seguida, secamos novamente para aplicar o adesivo com ajuda de um microbrush e fotoativamos. Foi feito um isolamento relativo com rolinhos de algodão ao redor dessas unidades e aplicamos o selante em região de sulcos e fissuras e fotoativamos. Por último, foi feita a checagem de oclusão e ajustes necessários com brocas de polimento e acabamento (Figura 6 (a), (b), (c), (d) ).

Figura 6: Aplicação de selante; (a) Materiais utilizados; (b) Aplicação de adesivo; (c) Isolamento relativo e aplicação de selante; (d) Fotoativação.



Fonte: caso clínico pesquisado

Na quarta sessão, realizamos as restaurações das UD's 52, 73 e 83 com RIVA LIGHT CURE (cimento de ionômero de vidro modificado por resina composta e fotoativado). Inicialmente, foi feita a curetagem do tecido cariado desses dentes. Logo após, secamos os dentes com jato de ar e algodão, aplicamos o Riva Conditioner com um microbrush por 10 segundos, lavamos e secamos. A cápsula RIVA foi manipulada em mixador (amalgamador) por 10 segundos, acoplada no aplicador de RIVA e depositada nas unidades dentárias. Foi feita a adequação com espátulas e logo após, fotoativamos. Em seguida, foi aplicado o Riva Coat com um microbrush e fotoativado por 10 segundos. Por fim, fizemos a checagem de oclusão com papel carbono e ajustes necessários (figura 7 a, b, c, d). Realizamos orientação a criança e aos pais sobre os devidos cuidados, para que seja evitado alimentos duros para preservar a restauração.

Figura 7: Restauração com RIVA; (a) Materiais utilizados; (b) Isolamento relativo; (c) Aplicação de RIVA; (d) Restaurações finalizadas.

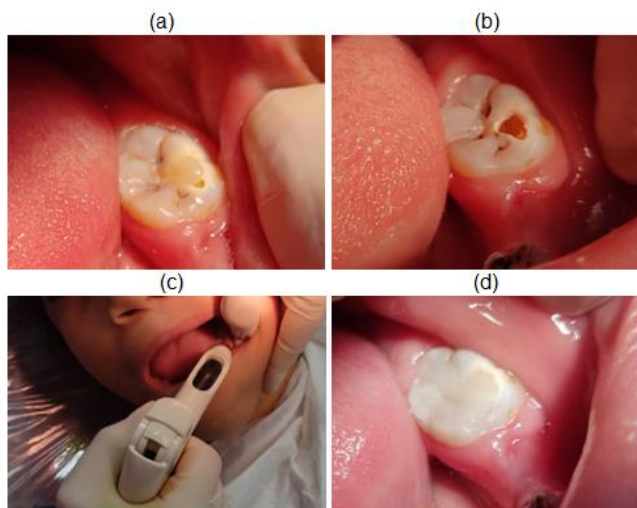


Fonte: caso clínico pesquisado

Na quinta sessão foi feita a restauração com Ionômero de Vidro da UD36, a qual havia cárie infiltrada no ionômero de vidro que já tinha e a paciente referia dor. Foi realizada a remoção desse material restaurador com auxílio de uma turbina de alta rotação, broca diamantada e curetas de remoção. Secamos a cavidade com jato de ar e algodão, condicionamos com ácido poliacrílico por 15 segundos, lavamos, secamos. Foi manipulado o Ionômero de Vidro pó e líquido e aplicado com auxílio de uma seringa centrix e fotoativamos. Fizemos a checagem de oclusão e ajustes necessários com brocas de polimento e acabamento (Figura 8 (a), (b), (c), (d) ).



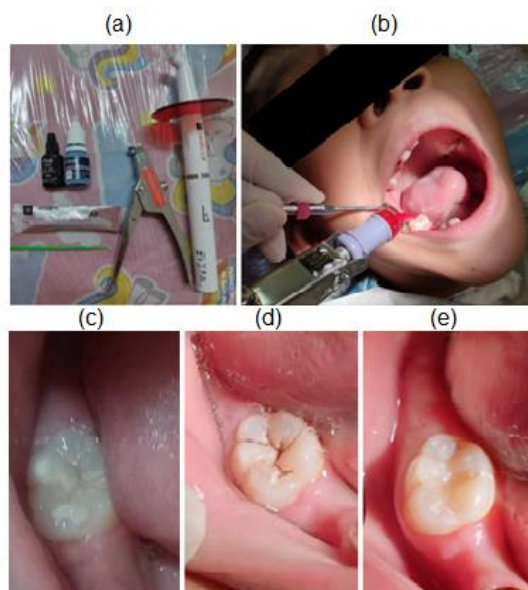
Figura 8: Execução restauração ionômero de vidro; (a) Aspecto inicial; (b) Remoção da restauração e tecido cariado; (c) Aplicação de ionômero de vidro; (d) Restauração finalizada.



Fonte: caso clínico pesquisado

Na sexta sessão, 3 meses após férias da clínica, em novo exame clínico foi observado que as UD's 51 e 82 esfoliaram e que havia soltado o selante e apresentado cárie oclusal em região de sulcos e fissuras na UD 46. Diante disso, alteramos parte do plano e cronograma de tratamento para realizar a restauração da UD 46 com RIVA (figura 9 (a), (b), (c), (d) e (e)). Seguimos os protocolos da restauração igualmente como citado anteriormente.

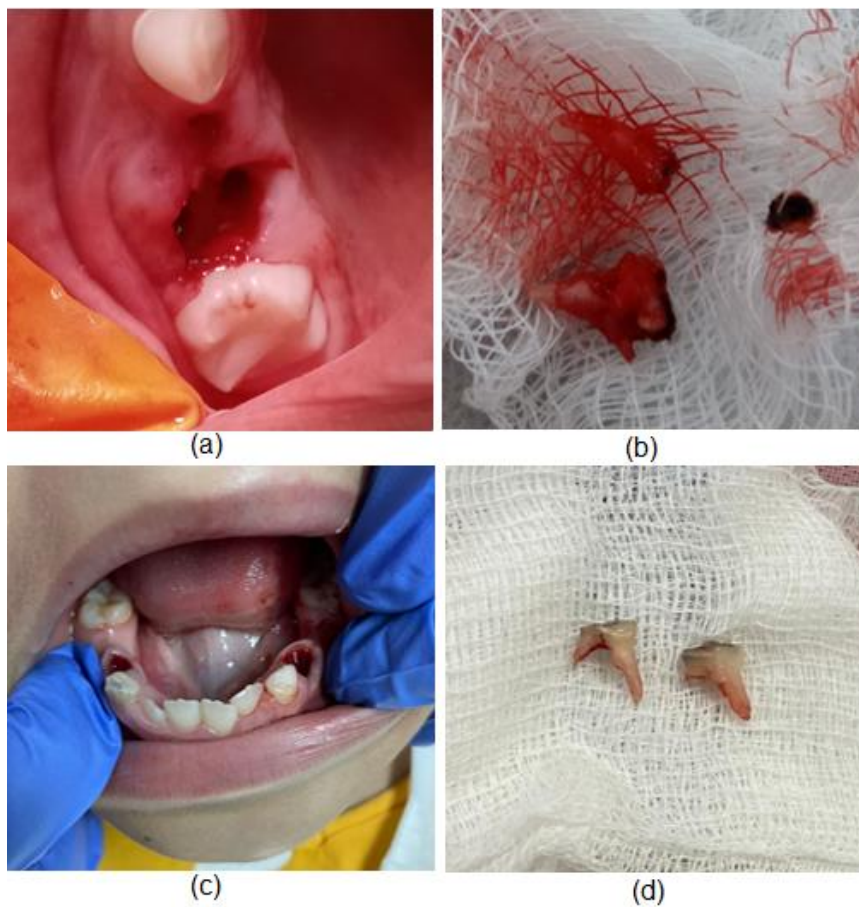
Figura 9: Execução restauração RIVA; (a) Materiais utilizados na restauração; (b) aplicação de RIVA; (c) Dente no primeiro dia de consulta; (d) Dente 3 meses após primeira consulta; (e) Aspecto restauração finalizada.



Fonte: caso clínico pesquisado

Ao observarmos a evolução rápida da cárie, foi necessário conversar com os pais novamente sobre a higiene oral da criança e seus hábitos alimentares. Fizemos mais uma vez a orientação de higiene para a criança e aos pais com macromodelos, escova, fio dental e reforçamos a necessidade dos cuidados rigorosos com escovação e alimentação, além de salientarmos os perigos da não execução desses hábitos.

Na 7<sup>o</sup>, 8<sup>o</sup> e 9<sup>o</sup> sessão foram feitas as exodontias dos restos radiculares das UD's 54, 55, 65 e dos dentes 74 e 84. Em todas as unidades dentárias nós realizamos a aplicação de um anestésico tópico com auxílio de um cotonete massageando a mucosa por 2 minutos. Em seguida, fizemos a aplicação da anestesia intrasulcular com agulha extra curta, utilizando lidocaína 1:100. Com alavanca Seldin infantil reta, fazendo movimentos de cunha, lateralidade, tração e após dente luxado, utilizamos um fórceps de número 2 para a extração propriamente dita. Colocamos uma gaze para que a criança pressionasse e fizemos as orientações pós-operatórias para que a mesma não venha a morder o lábio e machucar a mucosa ainda com os efeitos anestésicos, além da alimentação e cuidados necessários (Figura 10 (a), (b), (c) e (d) ).



Na décima sessão foi realizada a moldagem da arcada superior e inferior para a confecção do aparelho ortodôntico mantenedor e recuperador de espaço estético. Utilizamos o alginato ezact kromm. Em uma cuba, colocamos a medida 3/3 pó e água e manipulamos. A moldeira superior escolhida foi a número 2 e a inferior a número 3. Moldamos e vazamos com gesso pedra nº3 e deixamos por 40 minutos. Figura 11 (a) e (b).



A paciente e os pais se mostraram satisfeitos com os resultados, conseguimos criar um vínculo afetivo com a criança e nitidamente ela está mais comunicativa e sorridente. A mãe está muito feliz e demonstra gratidão pelo nosso cuidado.

### 3. DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Estudo Global de Cargas de Doenças de 2016 apontou que doenças orais comprometeram 50% da população mundial (3,58 bilhões de pessoas) e denota que a cárie é a doença mais comum entre as enfermidades bucais. Após a implementação de políticas públicas de prevenção, como a introdução da fluoretação das águas e dentifrícios contendo flúor, houve uma redução na prevalência da doença no Brasil, porém a desigualdade social ainda é um fator desencadeante da cárie (AMICHE *et al.*, 2021).

O presente caso clínico refere-se ao tratamento reabilitador de uma paciente com 7 anos, que foi acometida pela doença cárie de forma precoce, gerando perda de estrutura dental e de unidades dentárias, causadas pelas extensas lesões cariosas.

Segundo Araújo *et al.* (2018), a cárie se caracteriza como uma doença de cunho multifatorial. Sua manifestação se dá através da interação de causas

como: a predisposição do hospedeiro; retenção de biofilme na superfície dental; presença de organismos patógenos aderidos ao biofilme; dieta rica em carboidratos e açúcares; tempo de exposição do órgão dentário a possíveis patógenos; higienização deficiente e a falta da utilização do flúor como fator de proteção ao tecido dental.

Concordante, Belloto, Novaes e Fragoso (2018) nos apresenta os fatores etiológicos da doença cárie, que são: a presença de bactérias; alta ingestão de açúcares e as condições que se encontram a superfície dental, reforçando assim os fatores que promovem a cárie, em concordância com o trabalho de Araújo *et al* (2018), como supracitado (BELLOTO, NOVAES, FRAGOSO 2018).

De acordo com Bento *et al.*, (2021), para que ocorra a manifestação da Cárie na Primeira Infância, além dos fatores predisponentes discutidos acima, a imaturidade do sistema imunológico da criança e a menor mineralização na dentição decídua intensificam a manifestação da doença. Dados colhidos na anamnese da paciente em questão, corroboram com a literatura a respeito dos fatores de predisposição da cárie, pois, segundo os pais, a criança possui uma higienização da cavidade oral deficiente e dieta rica em carboidratos e açúcares. Essa prática gera acúmulo de biofilme e o aumento da proliferação bacteriana em decorrência da fermentação dos açúcares, promovendo um PH ácido, o que contribui com o processo de desmineralização (BENTO *et al.*, 2021).

Os responsáveis pela paciente afirmam que os avós também supervisionam a criança e dão total acesso a doces diariamente, e que o refrigerante é um hábito diário da família. O controle da dieta apresenta um papel importante na etiologia da doença, além de promover qualidade de vida para a criança também minimiza o desenvolvimento de doenças crônicas futuras e evita toda proporção que a CPI pode abranger (CARVALHO *et al.*, 2021).

Conforme Nóbrega, Barbosa e Brum (2018), a CPI pode comprometer o sono, reduzir o desempenho escolar e desencadear extrações precoces de dentes decíduos que possivelmente irão gerar má oclusão. Tal qual previsto na literatura, a criança teve muitas exodontias precoces que consequentemente

geraram mal oclusão, sendo necessária a instalação de aparelhos ortodônticos mantenedor de espaço, na arcada dentária superior, e recuperador de espaço na inferior.

Segundo os pais, eles tardaram a procurar auxílio odontológico para os dentes da filha porque, segundo eles, a criança possui trauma de dentista. Pois, em seu primeiro contato com um profissional foi realizada uma exodontia e a ela sentiu muita dor. Retrataram também falta de orientação especializada quanto ao processo de higienização e dieta da criança em consultas anteriores com outros cirurgiões dentistas.

Os responsáveis revelaram ainda que a criança apresentava dor ao realizar mastigação, impedindo assim a finalização das refeições. Conforme Silva e outros (2015) a CPI pode afetar o processo de mastigação, reduzir o apetite, gerando possível desnutrição, além de problemas psicossociais (SILVA *et al.*, 2015).

A condição psicológica e a capacidade de socialização da paciente relatada foram afetadas devido à interferência da cárie no relacionamento interpessoal durante o convívio social na escola, a criança descreveu que seus colegas e amigos zombam dos seus dentes alegando que são feios. Segundo os pais, a menina começou a queixar-se da estética dos seus dentes e dizer que não gosta de sorrir por sentir vergonha.

Segundo Silva *et al.* (2020), os impactos na qualidade de vida que a doença promove, afetam não somente o portador, mas também seus familiares, porque causa emoções de culpa e aflição nos pais ou responsáveis quando se deparam com as limitações da criança portadora da CPI (SILVA *et al.*, 2020).

Durante os atendimentos os pais demonstraram sentimento de culpa quanto aos cuidados com a higienização da criança e suas repercussões negativas na vida social da filha. Expressaram o compromisso de cuidar da alimentação e higiene oral da filha e o desejo de instalar “prótese com dentes” (SIC) para que a mesma pudesse reestabelecer sua autoestima e convívio social com os colegas da escola.

Diante desses estudos, percebemos que o caso em questão corrobora com as ideias indicadas pela literatura especializada. Já que, a paciente apresenta as características específicas da Cárie de Primeira Infância.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A doença cárie ainda é um problema muito comum em algumas regiões, ela está diretamente relacionada aos hábitos alimentares e a carência de uma boa higiene oral. É de suma importância a atenção odontológica, uma vez que diagnosticada, a mesma poderá ser tratada. Quanto antes for o diagnóstico, maiores as chances de um prognóstico de sucesso. Conseqüentemente, é primordial a conscientização dos pais ou responsáveis em relação aos cuidados com a higiene oral das crianças, principalmente nos seus primeiros anos de vida, tendo como objetivo reduzir a ocorrência da cárie. O condicionamento educativo do Cirurgião-Dentista em relação as crianças e o estímulo positivo juntamente aos pais são essenciais para um bom prognóstico e para manter uma boa higiene oral.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. ALMEIDA, I.R.C.B., MELO, R.M.A., NOBRE, L.K.B., MENDES, M.T.C.M., VIEIRA, K.A. Cárie Precoce na Infância em Uma Criança Desnutrida: Relato de Caso. **RvACBO**, v.8, n.3, p. 109-118, 2019.
2. ANDRADE, L.S., TORRES, A.C.S., ALMEIDA, N.R., MENDONÇA, M.P.R., BEZERRA, G.L. Relação da prática de alimentação, higiene oral e fatores socioeconômicos com cárie precoce em escolares. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.13, n.3, p.139-152, jul., 2020.
3. AMICHE, T., MARCICO, F.R., ROCHA, G., TEIXEIRA, D.A., SILVA, L.A.H., ALVES, F.C.T.F., MIASATO, J.M., CHEVITARESE, L. Cárie precoce e severa na infância: a exodontia precoce pode prejudicar a qualidade de vida de crianças acometidas? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Duque de Caxias – RJ, v.13 n.5, p. 1-8, mai., 2021.

4. ARAUJO, L.F., ALEXANDRIA, A.K., LETIERI, A. S., SOARES, T.R.C. Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. **Revista UNINGÁ**. Maringá, v.55, n.3, p.106-114, out./dez., 2018.
5. BELLOTTO, E.F.B.C., NOVAES, P.E., FRAGOSO, Y.D. Projeto piloto de cartilha educacional para prevenção de cáries na pré-escola. **Revista Higei@**. v.2, n.3, p.1-9, 2018.
6. BENTO, L.I., SOUSA, Y.T.C.S., GONÇALVES, F.M.C., EMERENCIANO, N.G., DANELON, M. Avaliação de fatores primários e secundários no desenvolvimento da cárie dentária em pacientes infantis: um estudo piloto. **Arch Health Invest**. Ribeirão Preto – SP. v.10, n.9, p.1536-1543, jul./out., 2021.
7. BERALDI, M.I.R., PIO, M.S.M., CADASCKI, M.D., PORTUGAL, M.E.G., BETTEGA, P.V.C. Cárie na primeira infância: uma revisão de literatura. **Revista gestão & saúde**. Rio Grande do Sul, v.22, n.2, p. 29-42, 2020.
8. BERNARDES, A.L.B., DIETRICH, L., FRANÇA, M.M.C. A cárie precoce na infância ou cárie de primeira infância: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, Minas, v. 10, n. 14, p. 1-13, out./nov., 2021.
9. CALIXTO, L.F., DIAS, V.O., OLIVEIRA, M.J.L., MAIA, N.G.F., OLIVEIRA, C.C., MARTINS, M.A.T.S. Impacto das lesões cariosas cavitadas e das consequências da cárie dentária não tratada na qualidade de vida de crianças de 08 a 10 anos de idade. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.54, n.13, p. 1-7, jun./nov., 2018.
10. CAMARGO, B., PAVINATO, L.C., CARDOSO, M. BERVIAN J., PERUSSOLO, B., PATUSSI, E. Características de pacientes com cárie severa da infância: análise de pacientes atendidos em centro de referência. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 133-138, mai./ago., 2018.
11. CARVALHO, C.W., LINDOSO, T.K.N., THOMES, C.R., SILVA, T.C.R., DIAS, A.S.S. Cárie na Primeira Infância: Um problema de Saúde Pública Global e suas Consequências à Saúde da Criança. **International journal of science dentistry**, v.2, n. 58, p. 50-58, 2022.
12. CUNHA, L.M., CARLOS, M.A., CARNEIRO, S.V., MARTINS, L.F.B. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida e o impacto negativo de



- saúde bucal em crianças atendidas na UniCatólica. **PROPGP**, Quixadá, v.4, n.1, p.1-6, ago., 2018.
13. FERREIRA, L.T.M., REIS, J.P.S., SOUZA, S.J.L. Aspectos envolvidos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 4 a 12 anos com cárie. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.8, n.1, p. 364-378, jan., 2022.
  14. LOPES, L.P.B., FILHO, A.O.A., MEDINA, P.O., FILHO, R.P.Z., HANAN, S.A. Reabilitação Estética e Funcional em Paciente com Cárie Severa da Infância: Relato de Caso. **Arch Health Invest**. Ribeirão Preto. v.9, n. 6, p. 507-512, 2020.
  15. NÓBREGA, M.L., BARBOSA, C.C.N., BRUM, S.C. Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-univerSUS**.v.09, n.1, p. 61-67, jan./jun., 2018.
  16. SILVA, M.G.B., CATÃO, M.H.C.V., ANDRADE, F.J.P., ALENCAR, C.R.B. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. **Arch Health Invest**. Campina Grande, v.6, n.12, p.574-579, set./nov., 2017.
  17. SILVA, P.D.C., GIFFONI, T.C.R., MATSUURA, E., FRANZIN, L.C.S., PROGIANTE, P.S., GOYA, S. Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: Revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**. V.24, n.3, p.86-89 out./dez., 2015.
  18. SILVA, V.O., DANELON, M., OLIVEIRA, M.A.F., SILVA, N.C.T., ROQUE, E.M.S.T. Percepção materna sobre qualidade de vida de crianças portadoras de cárie na primeira infância: um estudo piloto. **Arch Health Invest**. v.9, n.4, p. 355-361, mar./jun., 2020.
  19. SOUZA, M.B., PAULA, F.C.B. Cárie na infância: epidemiologia, etiologia e prevenção. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. Goiânia Goiás, v.3, n.6, p.30-48, 2021.
  20. TOSTA, E.V; FERREIRA, R.B; VIEIRA, L.D.S. **Cárie Precoce na Infância: Decorrente de uma Alimentação Inadequada**. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

## 6. ANEXO 1: Termo de consentimento livre e esclarecido para uso de imagem.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGEM/ DADOS EM RELATO DE CASO CLÍNICO (PÔSTER E TRABALHOS ACADÊMICOS) PACIENTES MENORES DE IDADE OU DEPENDENTES

Eu, Gláucio de Almeida Santos, RG nº 3023489, residente à rua/avenida Centenário, nº           , Bairro           , na cidade de Aracaju, estado de SE, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONSENTO que sejam realizadas fotografias, vídeos e outros tipos de imagens sobre o caso clínico do MENOR Carla Dinelly Helena Oliveira idade 7 anos, RG           , CPF           , que se encontra sob minha responsabilidade/tutela. Essas imagens serão realizadas na Universidade Tiradentes (UNIT), pelos alunos da Disciplina de Estágio Supervisionado Infantil I, sob a responsabilidade dos professores Cláudio Soares Monte Santo, Carla Figueiredo, Helena Andrade.

Consinto que essas imagens, bem como as informações relacionadas ao caso clínico do referido paciente que se encontra sob a minha responsabilidade sejam utilizadas para finalidade didática (aulas, painéis científicos, palestras, conferências, cursos, congressos), resguardando a sua identidade e o que possa fazer com que o paciente seja reconhecido. Consinto também que as imagens de seus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, histopatológicos e outros, sejam divulgados e utilizados.

Esse consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo ao paciente, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação. Esse consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberemos nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das referidas imagens e também compreendi que o aluno/professor/instituição acima discriminado, que atende o menor e atenderá durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais com a exposição das imagens nas referidas publicações. Também fui esclarecido de que a participação ou não nessas publicações não implicará em alteração do direito conferido ao paciente (menor/incapaz) em continuar com o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

Aracaju, 30 de Novembro de 20 21.

Gláucio de Almeida Santos  
Assinatura do responsável pelo paciente.  
CPF: 011.460.575-04  
RG: 3.085.437-7 SSP/SE

Dr. Alino S. Monte Santo  
Odontopediatra  
ERO/SE 1877  
Assinatura do profissional responsável  
CPF:             
RG: