

UNIVERSIDADE TIRADENTES

FERNANDA COSTA MACIEL

MATEUS ALMEIDA GUEDES

**EROSÃO DENTÁRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO:
RELATO DE CASOS CLÍNICOS**

Aracaju

2022

FERNANDA COSTA MACIEL
MATEUS ALMEIDA GUEDES

**EROSÃO DENTAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO:
RELATO DE CASOS CLÍNICOS**

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.

Orientadora Dra. Vanessa dos Santos Viana

Aracaju

2022

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Vanessa dos Santos Viana orientador(a) dos(a) discentes Fernanda Costa Maciel e Mateus Almeida Guedes atesto que o trabalho intitulado: “Erosão Dental em Pacientes Pediátricos: Relatos de Casos” 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)

Vanessa dos Santos Viana

EROSÃO DENTAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Fernanda Costa Maciel ^a, Mateus Almeida Guedes ^a

Vanessa dos Santos Viana ^b

^a Graduandos em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^b Professora adjunta do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

RESUMO

A erosão dentária é um processo crônico e irreversível, caracterizado pela perda de estrutura dental através da dissolução química dos cristais de hidroxiapatita presentes na superfície do dente. Essa condição afeta potencialmente a dentição decídua devido a sua formação menos mineralizada; estima-se que cerca de 30 a 60% das crianças são afetadas por esse problema em todo o mundo. Seu principal agente etiológico é proveniente de ácidos provenientes de distúrbios alimentares, alimentos industrializados, frutas cítricas e bebidas gaseificadas. O objetivo deste trabalho é relatar os casos clínicos de dois pacientes pediátricos atendidos na Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes, com erosão dentária leve e moderada associada ao alto consumo de alimentos e bebidas ácidas. Foram realizadas instruções e aplicação tópica de flúor, considerando seu potencial em amenizar a progressão e o surgimento de novas erosões. O presente estudo poderá servir de aporte teórico para o fomento de pesquisas científicas, bem como, colaborar para análise clínica e diagnóstico precoce da patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Erosão dentária; Desmineralização; Diagnóstico.

ABSTRACT

Dental erosion is a chronic and irreversible process, characterized by the loss of tooth structure through the chemical dissolution of hydroxyapatite crystals present on the tooth surface. This condition potentially affects the deciduous dentition due to its less mineralized formation; it is estimated that about 30 to 60% of children are affected by this problem worldwide. Its main etiological agent comes from acid eating disorders, industrialized foods, citrus fruits and carbonated drinks. The objective of this study is to report the cases of two male pediatric patients treated at the Dental Clinic of Universidade Tiradentes, with mild and moderate dental erosion associated with high consumption of acidic foods and beverages. Instructions and topical application of fluoride were carried out, considering its potential to mitigate the progression and emergence of new erosions. The present study can serve as a theoretical contribution to the promotion of scientific research, as well as collaborate with clinical analysis and early diagnosis of the pathology.

KEYWORD: Dental erosion; Demineralization; Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A erosão dentária caracteriza-se pela dissolução química e irreversível das estruturas dentárias, causada pela exposição crônica a ácidos de origem não bacteriana (MARTÍNEZ *et al.*, 2019). Os ácidos atuam removendo o cálcio da superfície dental, deixando-a mais porosa e com uma microdureza menor, tornando-a mais suscetível ao desgaste por atrição e abrasão (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019).

O processo de erosão dentária possui origem multifatorial, que estão divididos em intrínsecos e extrínsecos. As causas intrínsecas estão associadas a distúrbios alimentares, onde há a regurgitação do ácido gástrico, diminuição do fluxo salivar e alteração do pH da saliva. Enquanto as extrínsecas são advindas de uma dieta ácida e do uso contínuo de medicamentos (JORDÃO *et al.*, 2020). Ainda, deve-se levar em conta que alterações na morfologia das estruturas dentárias podem facilitar a ação desses ácidos (KORNER *et al.*, 2020).

O diagnóstico dessa patologia dental deve ser feito a partir de achados clínicos das lesões e informações nutricionais do paciente obtidas por meio da anamnese. Os achados clínicos dependem do estado de evolução das lesões, assim, em estágio inicial, o esmalte apresenta-se liso e sem brilho, nas superfícies oclusais podem ser vistas características específicas, como pontos côncavos (AGUIAR *et al.*, 2006). Já nos casos mais graves há exposição da dentina e/ou tecido pulpar. As abordagens feitas a esses pacientes visam controlar a progressão das lesões e para isso é necessário identificar o agente etiológico (PERONDI *et al.*, 2018).

Para Santana *et al.* (2018), nos últimos anos as erosões têm ganhado maior atenção por parte da comunidade científica e clínica, devido ao aumento da incidência, principalmente em crianças e adolescentes. As lesões estão presentes em cerca de 30 a 60% das crianças e na dentição permanente esse número cai para 20 a 45% (CHAN *et al.*, 2020). Esse achado elucidou que a dentição decídua apresenta maior vulnerabilidade ao desgaste dentário erosivo, uma vez que estes dentes possuem o esmalte menos mineralizado (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019).

O número crescente dos casos de erosão dentária está associado ao aumento do consumo de bebidas e alimentos processados (DAMASCENO; LOPES 2018). Com isso, alguns métodos de prevenção foram criados, como o uso de canudos que evita o contato direto do ácido com a estrutura dentária e o bochecho de água após a ingestão de alimentos ácidos para equilibrar o pH salivar (ATALAY *et al.*, 2018).

Segundo Perondi *et al.* (2018) é possível evitar as lesões promovendo o tratamento de condições sistêmicas, neutralizando os ácidos presentes nos fluidos bucais, potencializando os mecanismos de defesa da saliva e protegendo o elemento dental. Quando as lesões estão instaladas, necessitam de tratamento para evitar que ocorram problemas de desordem oclusal. O tratamento pode ser variado e dependerá diretamente do grau que se encontra. Os mais comuns são restaurações em resina composta, confecção de coroas totais, e quando for necessário, a realização de tratamento endodôntico (CATELAN *et al.*, 2010).

Para Nunes *et al.*, (2021), o Cirurgião-Dentista tem um papel fundamental no reconhecimento, diagnóstico, orientação, tratamento e acompanhamento da lesão, com objetivo de promover uma estabilização do desgaste que pode acontecer de forma rápida e progressiva. Dessa forma, acredita-se que esse estudo de caso poderá servir de aporte teórico para o fomento de pesquisas científicas sobre erosão dentária em pacientes pediátricos, bem como, colaborar para análise clínica e diagnóstico precoce da patologia, favorecendo um tratamento baseado na eliminação da etiologia, prevenção da evolução do caso e aparecimento de novas lesões. Diante dos argumentos apresentados, o presente estudo teve como objetivo relatar os casos clínicos de pacientes pediátricos com erosão dentária.

2.1 RELATO DE CASO 1

Paciente A. A. S. S., 9 anos, sexo masculino, melanodermico, normossistêmico, colaborativo, compareceu ao atendimento da clínica de Estágio Supervisionado Infantil II do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, acompanhado pela sua responsável, procurando atendimento odontológico preventivo. Durante a anamnese, a responsável pelo paciente relatou ter observado que alguns dentes acumulavam mais sujeira e estavam mais amarelados que os demais. Ao exame clínico foi notado

que havia ausência de lesões cariosas, tecidos gengivais saudáveis e lesões nas faces oclusais das unidades 74, 75, 84 e 85. Estes dentes se apresentavam com lesões em formato côncavo e de superfície lisa. (Figura 1 e 2).

Figura 1 - Região inferior posterior esquerda, com presença de desgaste leve na superfície oclusal dos elementos 74 e 75.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 2 - Região inferior posterior direita, com presença de desgaste leve na superfície oclusal dos elementos 84 e 85.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

No momento, questionou-se sobre a alimentação da criança e sua mãe relatou que era rica em produtos industrializados, dando ênfase para o consumo diário de sucos, bebidas lácteas açucaradas e refrigerantes. Com isso, baseando-se nas características das lesões e os relatos da responsável, foi diagnosticada erosão localizada, grau leve nos dentes decíduos.

Considerando o quadro de desgaste dentário erosivo, iniciou-se o protocolo de tratamento informando a mãe sobre a acidez existente nesses tipos de bebidas e como elas podem alterar a composição do esmalte dental, levando a um desgaste excessivo das superfícies dentárias e expondo regiões sensíveis ao calor e frio dos alimentos. Seguiu-se orientando que a utilização de canudos para ingerir refrigerantes e sucos industrializados poderia amenizar ou até mesmo acabar com o surgimento de novas lesões. Foi realizada uma profilaxia para amenizar o biofilme bacteriano e o protocolo nos dentes 74, 75, 84 e 85 não incluiu restaurações, apenas a aplicação tópica de flúor. Reforçou-se a importância de uma boa escovação e que apenas a mudança de hábitos seria capaz de evitar o surgimento de novas lesões. Foi sugerido que o paciente retornasse para outra avaliação em 6 meses.

2.2 RELATO DE CASO 2

Paciente J. L. O. F., 7 anos, sexo masculino, leucoderma, colaborativo, compareceu ao atendimento da clínica de Estágio Supervisionado Infantil II do curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, acompanhado de sua responsável. Durante a anamnese foi relatado que o paciente não apresentava nenhum problema de saúde sistêmico e sua queixa principal, referida pela mãe, era dor em dois dentes. Juntamente a este relato, a mãe informou que o filho consumia bastante doces e tinha o costume de fazer bochecho com refrigerante após as refeições. Questionou-se sobre a alimentação da criança e a responsável informou uma certa dificuldade em introduzir alimentos saudáveis.

No exame extra oral não foi constatada nenhuma alteração da normalidade e no exame clínico intra oral foi observado que havia a necessidade de intervenção ortodôntica por conta de um diastema entre os incisivos centrais superiores. Havia também lesões de cárie nas unidades 54 e 55, além de lesões nas faces oclusais das

unidades 74, 75 e 85 que se apresentavam com vários pontos côncavos e superfície lisa. (Figura 3 e 4).

Figura 3 - Região inferior posterior esquerda, com presença de desgaste leve a moderada na superfície oclusal dos elementos 74 e 75.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Figura 4 - Região inferior posterior direita, com presença de desgaste leve na superfície oclusal dos elementos 85.



Fonte: Caso clínico pesquisado.

Baseando-se nas características clínicas das lesões e os relatos da responsável, chegou-se ao diagnóstico de erosão localizada, grau leve em dentes decíduos. O protocolo de tratamento iniciou pelo controle de biofilme, profilaxia, tratamento restaurador atraumático (ART) nas unidades 54 e 55, e aplicação tópica de flúor. Posteriormente, a mãe foi orientada sobre a acidez que existe nas bebidas gaseificadas e como o bochecho com esses líquidos alteraria a composição do esmalte dental, levando a um desgaste excessivo das superfícies dentárias. Informou-se que apenas a mudança de hábitos seria capaz de evitar o surgimento de novas lesões e que a alimentação saudável poderia ajudar a frear a doença cárie. Salientou-se ainda, que, a utilização de canudos seria capaz de amenizar o desgaste erosivo.

Ao final do atendimento foram realizadas instruções de higiene oral e se destacou a importância do acompanhamento dos pais durante as primeiras semanas, para observar se a técnica estava sendo aplicada de forma correta. O paciente foi encaminhado para confecção de aparelho móvel e sugeriu-se que retornassem dentro de 6 meses para acompanhamento das erosões.

3 DISCUSSÃO

A erosão é causada pelo contato de ácidos exógenos com a superfície dentária, sendo uma condição irreversível e cumulativa (RANDAZZO *et al.*, 2006). Alguns estudos mostram que cerca de 87% dos casos são consequência do consumo excessivo de alimentos e bebidas ácidas (FONTES *et al.*, 2016). Estima-se que a prevalência mundial de erosão dentária em crianças e adolescentes é variável de 30,4% a 60%, pois diversos fatores podem estar associados à sua ocorrência (CHAN *et al.*, 2020), enquanto no Brasil esse problema afeta cerca de 50,8% a 83% da população jovem (MANGUEIRA *et al.*, 2016). Em ambos os casos clínicos expostos, as lesões são consequência de uma dieta baseada no consumo excessivo de produtos industrializados e bebidas ácidas gaseificadas, ou seja, fatores extrínsecos.

Além do mais, a erosão dentária é classificada em leve, moderada e severa, mas também pode ser localizada ou generalizada que é mais comum em pessoas com problemas gastroesofágicos (SCHLUETER *et al.*, 2020). A forma da introdução de bebidas ácidas na cavidade oral influencia diretamente no agravamento e surgimento de novas lesões. Quando ingeridas diretamente de um copo, aumentam o risco de severidade da erosão porque a bebida entra em contato com um número maior de superfícies, o mesmo não ocorre quando há auxílio de um canudo (TAJI *et al.*, 2010). Diante dos achados clínicos é indicada a utilização de canudos como uma alternativa para amenizar o agravamento das lesões.

Outro fator que implica na severidade da lesão é a ingestão de bebidas e alimentos ácidos em conjunto, já que a mastigação do bolo alimentar prolonga a exposição do conteúdo erosivo aos dentes (MESSIAS *et al.*, 2011). Podemos observar nos casos relatados, lesões erosivas localizadas e em estado de avanço leve a moderado, mas sem a presença de exposições dentinárias.

Estudos apontam que a exposição do esmalte a solução aquosa, insaturada, inorgânica com Potencial Hidrogênico (pH) quatro a cinco, altera a superfície do esmalte. Evidências mostram a formação de lesão macro e microscopicamente semelhante à erosão que se desenvolve na cavidade bucal (LUSSI; JAEGGI, 2008).

Dessa forma, acredita-se que a alimentação dos casos apresentados esteja relacionada com a presença da erosão dentária.

Os resultados das pesquisas de Santana *et al.* (2018) demonstram que crianças de 6 a 9 anos apresentam maior prevalência de erosão dentária nos dentes posteriores inferiores, que está relacionado com a diferença estrutural dos dentes decíduos, pois possuem uma camada menos espessa de esmalte que os dentes permanentes, além de maior permeabilidade e menor grau de mineralização. Essas características tornam os dentes mais vulneráveis à erosão, bem como sua progressão. Quanto à localização das lesões, a literatura mostra que os dentes decíduos posteriores são mais afetados, apresentando resultados semelhantes ao deste estudo.

O esmalte é um dos tecidos mais importantes do dente, tanto pelo aspecto funcional quanto pelo ponto de vista estético. Ele é um tecido acelular, composto de aproximadamente 85% do seu volume de mineral, formado por uma hidroxiapatita carbonatada deficiente em cálcio, pois apresenta cálcio (Ca¹⁰), fosfato (PO₄) e hidroxila (OH), facilmente substituíveis pelo sódio (Na⁺), Magnésio (Mg²⁺), carbonato (CO₃), e flúor (F⁻). Essas substituições na rede de cristais minerais, especialmente pelo carbonato, deixam a estrutura fragilizada e de fácil dissolução ácida. Apesar do seu alto conteúdo mineral, o espaço entre os cristais do esmalte é ocupado por água, em 12% do seu volume, e material orgânico, em 3% do seu volume. É neste espaço cheio de fluido que ocorrem as reações de desmineralização e remineralização. A perda parcial de mineral na superfície, resultante do ataque ácido, leva a uma perda irreversível de tecido mineralizado e é acompanhado por um amolecimento progressivo da superfície, o que tende a aumentar com a exposição contínua aos ácidos (ONE *et al.*, 2018).

Esse processo faz com que as superfícies de esmalte erodidas fiquem vulneráveis a forças mecânicas, como as da escovação, pois remove o tecido superficial fragilizado. E, nos processos de remineralização da erosão, o ganho mineral ocorre em parte, no esmalte superficial desmineralizado, deixando os dentes mais suscetíveis à cárie (LUSSI *et al.*, 2019). Por isso, é importante estratégias que possam favorecer o tratamento alinhadas aos cuidados dos pais ou responsáveis de forma orientada pelo cirurgião-dentista.

Segundo Máximo, Aguiar e Pinchemel (2021) a relação entre os costumes e o conhecimento dos pais e cuidadores influencia na saúde bucal das crianças. Além do mais, a condição socioeconômica precária associada aos maus hábitos de saúde bucal por parte dos pais também contribui para o surgimento de problemas dentários. Em ambos os casos apresentados foi evidente a falta de conhecimento dos pais em relação à alimentação rica em pH ácido e açúcar, o que favoreceu ao surgimento da erosão dentária.

Para Messias, Serra e Turci (2011) a principal estratégia de prevenção e controle para erosão dentária é a eliminação da etiologia, sendo indispensável a conscientização e orientação sobre as causas do desgaste. Contudo, a sua eliminação pode ser difícil de ser alcançada, por envolver condições biopsicossociais, sendo necessário:

o tratamento das condições sistêmicas, a diminuição da frequência e severidade dos desafios erosivos, a remineralização e o aumento da resistência da superfície dental, a neutralização dos ácidos presentes no fluido bucal, a potencialização dos mecanismos de defesa salivares, a proteção mecânica do elemento dental e a redução da influência de outros fenômenos de desgaste associados (MESSIAS; SERRA; TURCI, 2011, p.8).

O Cirurgião-Dentista deve fazer avaliação sistêmica na anamnese levando em consideração as condições biopsicossociais que influenciam no desenvolvimento da erosão dentária. Nesse reconhecimento, o paciente deve ser assistido por uma equipe multiprofissional (MENDES *et al.*, 2022). Considerando a falta de conhecimento e maus hábitos de higienização bucal dos relatos apresentados, sugere-se a inclusão de psicólogo e nutricionista para acompanhamento.

O flúor é o principal agente remineralizante utilizado para prevenção e controle das lesões, mas os seus compostos, como o fluoreto de sódio ou amina, parecem ter eficácia limitada contra a erosão, por conta do pH mais baixo dos ácidos em comparação com os ácidos bacterianos. Para obter efeito preventivo é necessário utilizar produtos com maior concentração de flúor, contudo, não é uma opção adequada para crianças que ainda estejam no processo de formação dental (LUSSI *et al.*, 2019). Por isso, recomendou-se utilização tópica de flúor e profilaxia a cada seis meses aos casos clínicos.

Diante dos argumentos apresentados para os casos, o diagnóstico precoce das lesões de erosão dental associado ao reconhecimento da etiologia e condições biopsicossociais na anamnese fornecem subsídios ao Cirurgião-Dentista para elaboração de um plano de tratamento individualizado de prevenção e controle da progressão da erosão dentária. Dessa forma, o direcionamento das estratégias pode ser o caminho para o entendimento dos mecanismos de ação das medidas de intervenção no processo de desgaste, focando no reconhecimento, diagnóstico, orientação, tratamento e acompanhamento das lesões.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre a ingestão de substâncias ácidas e a erosão dentária está presente em ambos os casos clínicos relatados. A identificação das lesões no estágio inicial juntamente ao tratamento é a única forma de evitar desgastes avançados ao elemento dental. É imprescindível o reconhecimento da causa e condições biopsicossociais na anamnese do Cirurgião-Dentista, pois estes fatores potencializam as lesões.

O plano de tratamento deve ser individualizado, focando no controle e prevenção. Mesmo que as erosões dentárias sejam comuns nos atendimentos clínicos, grande parte dos profissionais as subestimam, mantendo a população sem conhecimento e tratamento. Portanto, o planejamento das estratégias associadas à profilaxia e aplicação de materiais fluoretados poderão contribuir significativamente na qualidade de vida dos pacientes pediátricos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, F. B.; GIOVANI, E. M.; MONTEIRO, F. H. L.; VILLALBA, H.; SOUSA, R.; MELO, J. J.; TORTAMANO, N. Erosão dental – definição, etiologia e classificação. **Rev inst ciência saúde**, v. 24, n. 1, p. 47-51, 2006.
2. ASSUNÇÃO, C. M.; SCHLUETTER, N.; RODRIGUES, J. A.; CARVALHO, T. S. Do fluoride toothpastes have similar preventive effects in permanent and primary teeth against erosive tooth wear? **International journal of pediatric dentistry**, 29(2), 228-236, 2019.
3. BRUNO, M. M.; MENDONÇA, M. F. **Erosão dentária intrínseca e extrínseca: revisão de literatura**. 2021. 92p. Tese – Faculdade de odontologia, Universidade de Uberaba, Minas Gerais, 2021.
4. CATELAN, A.; GUEDES, A. P. A.; SANTOS, P. H. **Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal**. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 15, n. 1, 9 ago. 2010.
5. CHAN, A. S.; TRAN, T. T. K.; HSU, Y. H.; LIU, S. Y. S.; KROON, J. A systematic review of dietary acids and habits on dental erosion in adolescents. **International journal of paediatric dentistry**, v. 4, n. 3. 2020.
6. COLLET, G. O.; LOPES, T. S.; MURABAYASHI, L. M.; FRACASSO, M. L.; PRIMO, P. P. Revisão sistemática e crítica da literatura associando alimentos e bebidas à erosão dentária em crianças. **Revista Uningá**, v. 55, n. S3, p. 12-19, 2018.
7. COSTA, D. R.; SILVA, J. E. Q.; SOUSA, Y. C. Erosão dentária e sua correlação clínica: Uma revisão de literatura. **Diálogos em Saúde**, v. 4, n. 1, 2022.
8. DAMASCENO, M. A. F.; LOPES, F. M. L S.. **Erosão dentária: Relato de caso em paciente pediátrico**. 2018.
9. DUARTE, D. A.; OLIVEIRA, C. Impacto da erosão dentária na qualidade de vida de crianças brasileiras residentes em comunidades ribeirinhas. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 9, n. 2, p. 30-45, 2021.

10. FONTES, C. L.; LUCIANO, L. C. O.; FERREIRA, M. C.; PASCHOAL, M. A. B. Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica: relato de casos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 262, 14 nov. 2017.
11. HOUËL, R. **Erosão dentária no refluxo gastroesofágico patológico**. 2019. 104p. Tese - Instituto Universitário Erga Muniz. Portugal, 2019.
12. JORDÃO, M.; ALENCAR, C.; MESQUITA, I.; BUZALAF, M. Effect of Chewing Gum with and without CPP-ACP on Enamel Surface Hardness Subsequent to ex vivo Acid Challenge. **Caries Res.** 2020; 50(3):325–30.
13. KORNER, P.; WIEDEMEIER, D.B.; ATTIN, T.; WEGEHAUPT, F.J. Prevention of Enamel Softening by insign with a Calcium Solution before Dental Erosion. **Caries Res**, 2020; (7), 1-7
14. LUSSI, A.; JAGGI, T. Erosion—diagnosis and risk factors. **Clinical oral investigations**, v. 12, n. 1, p. 5-13, 2008.
15. LUSSI, A.; BUZARAF, M. A. R.; ANTHONEN, V.; GANSS, C.; BAUMMAN, T. The use of fluoride for the prevention of dental erosion and erosive tooth wear in children and adolescents. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2019 Dec; 20(6):517-527.
16. MALTAROLLO, T. H.; PEDRON, I. G.; MEDEIROS, J. M. F.; MARTINS, J. L. A erosão dentária é um problema!. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e168932723-e168932723, 2020.
17. MANGUEIRA, D. F.; PASSOS, I. A.; OLIVEIRA, A. F.; SAMPAIO, F. C. Erosão dentária: etiologia, diagnóstico, prevalência e medidas preventivas. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 4, 2016.
18. MARTINEZ, T. P.; FERREIRA, M. F.; GOMES, I. M.; PAIVA, M. F.; FERREIRA, M. R. Erosão dentária em paciente jovem por influência dietética: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. 6, 2019.
19. MÁXIMO, S. S.; AGUIAR, C. S.; PINCHEMEL, B. N. A Importância da Educação em Saúde Bucal de Pais e Educadores como Fator de Impacto na

- Saúde Bucal da Criança: Uma Revisão da Literatura. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 15, n. 58, p. 76-87, 2021.
20. MENDES, A. Q.. Erosão dental no paciente infantil: Revisão de literatura. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 4, n. 1, 2022.
21. MERLO, V. T.; PEREIRA, L.; DOTTO, M. G.; MORENO, S.; Reabilitação estética e funcional de paciente com erosão ácida: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 12918-12933, 2022.
22. MESSIAS, D. C. F.; SERRA, M. C.; TURSSI, C. P. Estratégias para prevenção e controle da erosão dental. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, p. 08, 2011.
23. MORETTO, M. J.; PEDRA, F. P. G.; CARVALHO, M. O.; FERNANDES, S. L.. Erosão dentária provocada por bebidas ácidas. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, 2017.
24. MURAKAMI, C.; CORRÊA, M. S. N. P.; RODRIGUES, C. R. M. D. Prevalência de erosão dental em crianças e adolescentes de São Paulo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 8, n. 1, 2006.
25. NUNES, A. P. A.; BECHTLUFFT, N. O.; DELGADO, M. S.; CARRADA, C. F. Erosão dentária em paciente infantil: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e 6246, 2 mar. 2021
26. ONE, G. M. C. Odontologia: os desafios do mundo contemporâneo, 1 ed. Orgs. IMEA. 573 fls. João Pessoa, 2018.
27. PASSOS, Vanara F. Current Concepts and Best Evidence on Strategies to Prevent Dental Erosion. **Compendium of Continuing Education in Dentistry (Jamesburg, NJ: 1995)**, v. 40, n. 2, p. 80-86; 2019.
28. PERONDI, T.; MATTÉ, M.; COMUNELLO, S. H.; CECCONELLO, R.; AMARAL, R. C. do; COSTA, M. M. T. de M.; DALLANORA, F. J.; DALLANORA, L. M. F. Erosão dentária em paciente jovem: relato de caso. **Ação Odonto**, 2018.

29. REGO, S. E. **Efeitos profiláticos/terapêuticos dos agentes fluoretados na erosão dentária.** Porto, 2019. Tese de Doutorado - Universidade Fernando Pessoa.
30. RIBEIRO, G. C. A.; MUNIZ, C. L.; RIBEIRO, D. B.. **Erosão Dental: etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário São Lucas.
31. SÁ, T. B.; COSTA, M. J.; VIEIRA, B. R.; PENHA, E. S.; MEDEIROS, L. A. D. Avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários com erosão dentária da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 7, n. 8, 2018.
32. SANTANA, N. M. S.; SILVA, D. R.; PAIVA, P. R. R.; CARDOSO, A. M. R. Prevalência de erosão dentária e fatores associados em uma população de escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, p. 155-160, 2018.

ANEXO 2

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, Sueli Oliveira Santos, RG nº 56.950.567-7 residente à rua/avenida Rua Benedito Quevedes, nº 623, Bairro Casa do meio, 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 João Lucas Oliveira Filgueira idade 7 anos, RG 60.404.715-0, 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 Fernando Costa Maciel, Mateus Almeida Quevedes.

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, 18 de agosto de 2022.

Sueli Oliveira Santos x VS

Assinatura do responsável pelo paciente. Assinatura do profissional responsável

CPF: 01990529569 CPF: _____

RG: 56950567-7 RG: _____