



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**BANDA ORTODÔNTICA COMO ESTRATÉGIA RESTAURADORA EM DENTE
COM HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Alyssia Rebouças Da Costa Araújo

Goiânia – GO, 2026

ALYSSIA REBOUÇAS DA COSTA ARAÚJO

**BANDA ORTODÔNTICA COMO ESTRATÉGIA RESTAURADORA EM DENTE
COM HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Odontologia, da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
sob a orientação da Profa. Dra. Carolina
Ferrari Piloni de Oliveira e Co-orientação
da Profa. Dra Daniela Abrão Baroni.

Goiânia – GO, 2026

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e amigos, pelo incentivo, apoio e amor durante toda a minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que sempre guiou meus passos e me manteve firme na fé mesmo nos momentos mais difíceis desta caminhada. Sei que nada disso seria possível sem a presença d'Ele em minha vida.

À minha mãe, minha maior inspiração. Dentista, mulher forte e dedicada, que sempre admirei e tive como exemplo desde muito cedo. Foi observando sua paixão pela profissão que nasceu em mim o desejo de seguir este mesmo caminho. Obrigada por todo amor, incentivo, ensinamentos e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidava. Esse sonho também é seu.

Ao meu padrasto, que nunca mediu esforços para que eu pudesse realizar esse sonho. Seu apoio, sua confiança e todo o investimento que fez na minha educação significam mais do que palavras podem expressar.

Aos meus amigos, e em especial à Carolina, que tornaram essa jornada mais leve. Obrigada por todos os momentos de risadas, distração e apoio que me ajudaram a manter o equilíbrio em meio aos desafios da graduação.

Este trabalho não representa o fim de uma etapa acadêmica, mas sim o começo.

RESUMO

Objetivo: relatar um caso clínico de estratégia restauradora associada a banda ortodôntica em dente com hipomineralização molar-incisivo em paciente jovem.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 11 anos, compareceu à clínica de odontológica infantil da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), acompanhado do pai, com queixa de cavidade extensa em dente inferior. O exame clínico revelou dentição permanente e lesões hipomineralizadas associadas a fraturas de esmalte pós-eruptivas, compatíveis com hipomineralização molar-incisivo (HMI) e cavidade extensa no dente 36. Optou-se pelo tratamento preventivo e restaurador, incluindo adequação do meio bucal, orientação de higiene e dieta, tratamento periodontal e de dentística. Em relação ao dente 36, a radiografia periapical evidenciou tratamento endodôntico satisfatório, fratura de material restaurador com cavidade extensa. Em virtude da dificuldade de retenção do material restaurador, cavidade distal profunda associada a edema gengival pelo dente 37 estar em erupção e dificuldade de acesso para a restauração pela posição do dente, foi planejado um tratamento restaurador associado à banda ortodôntica com objetivo de permitir a melhor retenção do material restaurador e evitar a fratura. Após adaptação da banda ortodôntica foi realizada a restauração com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável e ajustes de oclusão. Na consulta de retorno a banda ortodôntica apresentou desadaptação e foi removida, no entanto a restauração permaneceu sem fraturas ou necessidade de reparos. No acompanhamento de 6 meses a restauração se mostrou íntegra e satisfatória. No retorno após 6 meses foi observado lesão cariosa e então realizado nova restauração do dente 36 e reforçado as orientações de higiene, necessidade de acompanhamento periódico deste dente com probabilidade de restauração indireta e indicação de ortodontia corretiva.

Considerações finais: A hipomineralização molar-incisivo representa um desafio restaurador devido à fragilidade do esmalte e à dificuldade de adesão dos materiais. O caso demonstrou que a banda ortodôntica associada ao cimento de ionômero de vidro pode ser uma alternativa provisória viável e conservadora em dentes permanentes jovens com grande destruição coronária, possibilitando preservação do remanescente dentário, manutenção da função mastigatória e conforto ao paciente. Destaca-se também a importância do acompanhamento clínico periódico e das orientações de saúde bucal para o sucesso do tratamento e prevenção de novas lesões.

Palavras-chave: Hipomineralização molar-incisivo; Odontopediatria; Banda ortodôntica; Restauração dentária.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
OBJETIVO	9
RELATO DE CASO CLÍNICO	10
DISCUSSÃO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	
Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	26
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	30

1. INTRODUÇÃO

A hipomineralização molar-incisivo (HMI) é uma alteração qualitativa do esmalte dentário caracterizada por defeitos de mineralização decorrentes de distúrbios sistêmicos ocorridos durante o desenvolvimento do esmalte (WEERHEIJM; JÄLEVIK; ALALUUSUA, 2001; DULLA; MEYER-LUECKEL, 2021). Essa condição afeta principalmente um ou mais primeiros molares permanentes, podendo também comprometer os incisivos permanentes (WEERHEIJM, 2003; DULLA; MEYER-LUECKEL, 2021). Clinicamente, a HMI manifesta-se por opacidades demarcadas de coloração branca, amarelada ou acastanhada, podendo evoluir para fratura da estrutura dentária em decorrência da fragilidade do esmalte afetado (WILLIAM; MESSER; BURROW, 2006; VILANI et al., 2014).

O esmalte dentário acometido pela HMI apresenta maior porosidade e menor resistência mecânica, favorecendo fraturas, desgaste precoce e aumento da sensibilidade dentária (WILLIAM; MESSER; BURROW, 2006; DULLA; MEYER-LUECKEL, 2021). Essas características podem dificultar procedimentos restauradores convencionais devido à menor adesão dos materiais restauradores ao substrato dentário alterado (WILLIAM; MESSER; BURROW, 2006; DREBEL et al., 2024).

O manejo clínico de pacientes com HMI representa um desafio para o cirurgião-dentista, especialmente em pacientes jovens. Em situações de grande destruição coronária, torna-se necessário considerar alternativas restauradoras que priorizem a preservação da estrutura dentária remanescente, o controle da sensibilidade e a manutenção da função mastigatória (WILLIAM; MESSER; BURROW, 2006; LYGIDAKIS et al., 2022). Além disso, fatores como idade do paciente, comportamento durante o atendimento e viabilidade econômica também devem ser considerados no planejamento do tratamento (ROCHA; SANTOS, 2018; VILANI et al., 2014).

Entre as alternativas terapêuticas disponíveis para casos de extensa destruição coronária, destaca-se a utilização de coroas de aço pré-formadas, amplamente indicadas devido à sua durabilidade e bom desempenho clínico (SOMANI et al., 2022; TITUANA-YUPANGUI; CUASPUD; MONTESINOS-GUEVARA, 2023). Apesar de serem consideradas uma opção restauradora de custo relativamente acessível quando comparadas a outros tipos de coroas dentárias, sua utilização ainda pode representar um fator limitante em determinados contextos, especialmente em clínicas-escola e

serviços públicos de saúde, onde a disponibilidade de recursos materiais é frequentemente restrita (DREBEL et al., 2024).

Nesse contexto, o uso da banda ortodôntica cimentada com cimento de ionômero de vidro surge como uma alternativa restauradora viável (ALVES et al., 2023; GOMES et al., 2023). Estudos demonstram que essa abordagem pode proporcionar proteção mecânica ao remanescente dentário, contribuindo para a manutenção da função mastigatória e para a preservação da estrutura dentária até a realização de um tratamento definitivo (GOMES et al., 2023; ALVES et al., 2023).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de HMI em molar permanente jovem utilizando a banda ortodôntica como estratégia de tratamento restaurador.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de estratégia restauradora associada a banda ortodôntica em dente com hipomineralização molar-incisivo em paciente jovem.

3. RELATO DE CASO

O presente caso clínico faz parte do projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - Goiás) (CAAE: 90136825.4.0000.0037 - Número do parecer: 7.865.432), desenvolvido na clínica-escola da PUC - Goiás da disciplina de Clínica Odontológica Infantil.

Paciente D.R.O.S., sexo masculino, 11 anos de idade, compareceu à clínica de odontopediatria da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), acompanhado de seu pai, para avaliação odontológica. A queixa principal relatada pelo responsável foi a presença de uma cavidade extensa em dente inferior, identificada durante consulta odontológica prévia. O paciente não relatava dor no momento da consulta.

Na consulta inicial, em abril de 2025, foi realizada anamnese detalhada, incluindo investigação de histórico médico, odontológico e hábitos alimentares. Não foram relatadas doenças sistêmicas, alergias ou uso contínuo de medicamentos. O responsável informou histórico de consultas odontológicas anteriores, onde foi relatado que o paciente havia recebido o diagnóstico de HMI, sendo necessário inclusive realizar um tratamento endodôntico no elemento 36. O paciente também relatou fratura na incisal do dente 21 devido a queda, sem presença de sensibilidade em nenhum dente. Foi relatado higiene oral com escovação aproximadamente duas vezes ao dia com uso de dentifrício fluoretado e uso “esporádico” (sic) do fio dental. Além disso, hábito bucal deletério de onicofagia (roer unhas) e consumo frequente de alimentos açucarados, principalmente chocolates e doces industrializados.

Após a anamnese, foi realizado o exame clínico extraoral. Observou-se padrão facial compatível com Padrão II esquelético, perfil facial convexo e padrão de crescimento dolicofacial, sorriso com exposição dentária satisfatória e selamento labial passivo (Figura 1). Durante a avaliação funcional foi identificada sugestão de alteração na inserção do freio lingual, porém sem comprometimento funcional significativo.

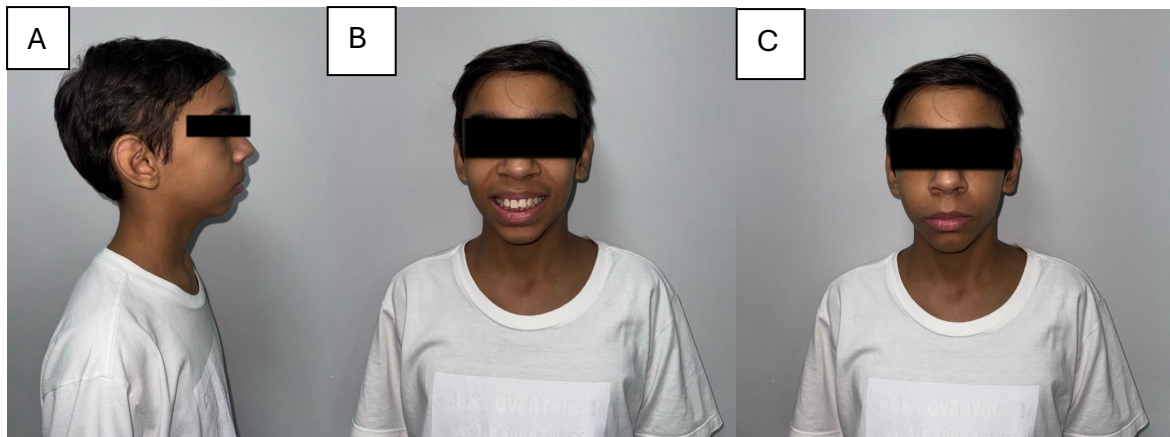


Figura 1 – Fotografias extraorais do paciente demonstrando análise facial: vista lateral (A) para avaliação do perfil facial e vistas frontais sorrindo (B) e em repouso (C). *Fonte: Autoria própria (2025).*

Na sequência foi realizado o exame clínico intraoral. Observou-se dentição permanente, apinhamento dentário, mordida profunda, sobressalência (overjet) aumentado, fase inicial de erupção dos segundos molares permanentes inferiores e presença de má oclusão classe II bilateral (Figura 2). Também foram observadas condições de higiene bucal insatisfatórias, especialmente na região anterior, com presença de biofilme dental visível.

Durante o odontograma foram observadas manchas brancas opacas em diversos elementos dentários, e manchas de coloração amarelada em molares, características compatíveis com o diagnóstico de hipomineralização molar-incisivo (HMI). Havia presença de restaurações em resina composta em alguns dentes e fratura incisal no dente 21. O dente 36 apresentava material restaurador na oclusal e extensa destruição coronária envolvendo a face oclusal, distal e lingual (Figura 3), com presença de esmalte frágil e poroso, característica comum em dentes acometidos por HMI. O paciente não apresentava sintomatologia dolorosa no momento da avaliação.



Figura 2: A) Vista lateral direita em oclusão. B) Vista frontal em oclusão. C) Vista lateral esquerda em oclusão. D) Vista oclusal da arcada superior. E) Vista oclusal da arcada inferior. F) Medida da sobressalência (overjet) com sonda milimetrada. *Fonte: Autoria própria (2025).*



Figura 3 – Cavidade extensa do dente 36. *Fonte: Autoria própria (2025).*

Após o exame clínico inicial foi realizada profilaxia dentária e orientação de higiene bucal ao paciente e ao responsável. Como exames complementares iniciais, foram solicitadas as radiografias interproximais e periapical do dente 36, com o objetivo de avaliar as estruturas dentárias e extensão das lesões (Figuras 4-6).



Figura 4 – Radiografia interproximal do lado direito.

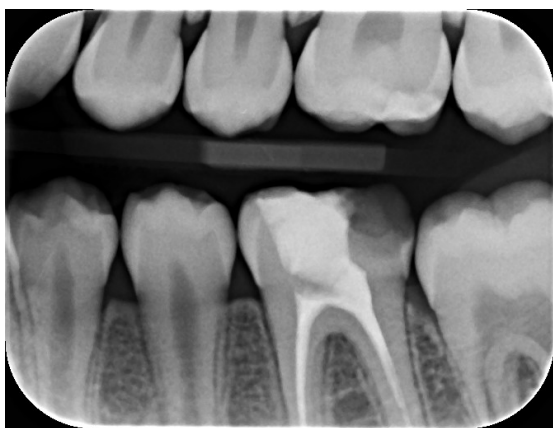


Figura 5 – Radiografia interproximal do lado esquerdo.



Figura 6 – Radiografia periapical do dente 36.

A análise radiográfica evidenciou presença de restauração e lesão cariosa no dente 26, dente 36 com tratamento endodôntico sem sinal de lesão apical e cavidade extensa, dente 37 em processo de erupção compatível com a idade do paciente.

Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido diagnóstico de hipomineralização molar-incisivo associada à extensa destruição coronária do dente 36. Após discussão do caso com o responsável, foi proposto como tratamento do dente 36 o uso de banda ortodôntica como estratégia restauradora associada ao material de cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável, em virtude da dificuldade de retenção do material restaurador, cavidade distal profunda associada a edema gengival pelo dente 37 estar em erupção e dificuldade de acesso para a restauração pela posição do dente. O objetivo foi um tratamento conservador visando a preservação do remanescente dentário, melhor retenção do material restaurador e manutenção da função mastigatória até o momento oportuno da realização da restauração indireta neste dente. Em adição foi planejado o tratamento preventivo, periodontal, e de dentística nos demais dentes necessários.

Em relação ao elemento dentário 36, foi realizada a remoção do tecido cariado por meio de cureta de dentina a fim de remover dentina infectada e promover limpeza da cavidade, preservando ao máximo a estrutura dentária remanescente. Durante esse procedimento, observou-se fragilidade do esmalte circundante e irregularidade das margens cavitárias, condição frequentemente encontrada em dentes afetados por HMI, o que aumenta o grau de complexidade do preparo cavitário (Figura 7).

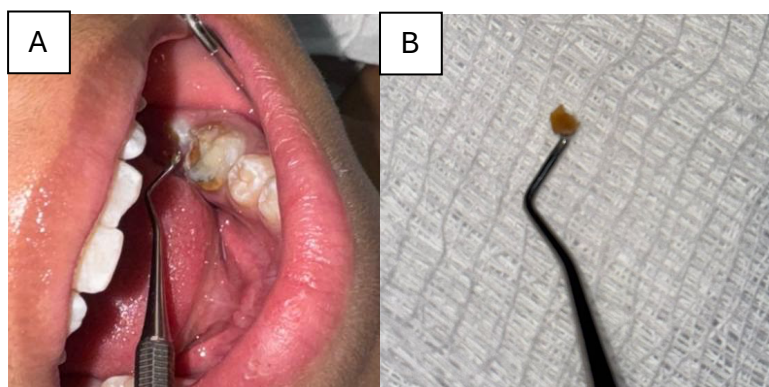


Figura 7 – (A, B) Curetagem do tecido cariado amolecido do dente 36. *Fonte: Autoria própria (2025).*

Após a remoção do tecido cariado, foi confirmado a extensa destruição coronária e com o objetivo de aumentar a resistência mecânica da restauração, foi realizada a adaptação de uma banda ortodôntica no dente 36. Inicialmente, foi selecionada uma banda ortodôntica compatível com o diâmetro do elemento dentário, sendo realizada prova da banda para verificação da adaptação adequada às paredes coronárias remanescentes.

Após confirmação do correto posicionamento e adaptação da banda ortodôntica, procedeu-se à manipulação e inserção do cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável de acordo com as instruções do fabricante, promovendo a restauração da face oclusal, distal e lingual bem como a cimentação da banda ortodôntica, que teve objetivo de contenção mecânica do remanescente coronário (Figura 8). Posteriormente, foram realizados os ajustes oclusais necessários, bem como remoção de excessos de material (Figura 8).

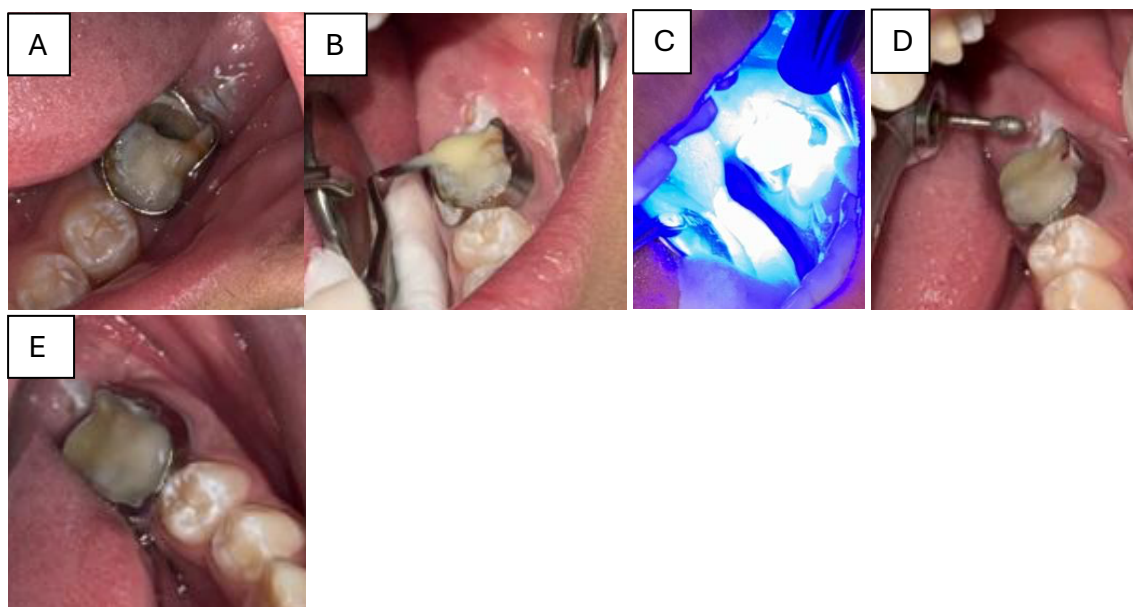


Figura 8 – Banda ajustada em todas as faces do elemento dentário (A); inserção do CIV na cavidade (B); fotopolimerização (C); ajuste oclusal com broca diamantada (D); aspecto final da restauração (E). *Fonte: Autoria própria (2025).*

Optou-se pela utilização de cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável como material restaurador devido à sua capacidade de adesão química ao tecido

dentário, liberação de flúor, biocompatibilidade e aplicabilidade em procedimentos restauradores conservadores em odontopediatria.

Em consulta de retorno, foi realizada avaliação clínica do elemento restaurado, observando-se manutenção da integridade do cimento de ionômero de vidro e ao verificar a adaptação da banda ortodôntica, foi observado o deslocamento da banda durante a sondagem. Após a remoção da banda ortodôntica de forma cuidadosa, a restauração permaneceu íntegra, estável e funcional, não sendo necessária sua substituição naquele momento (Figura 9).

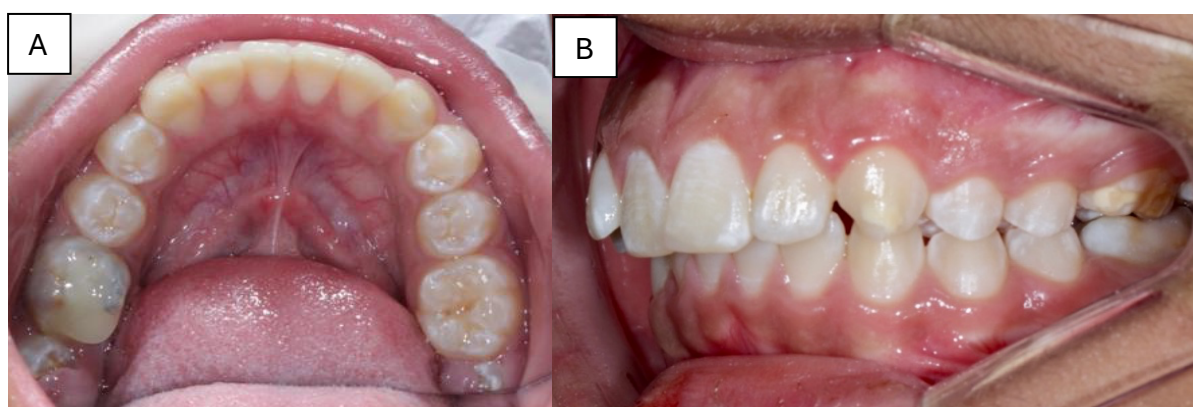


Figura 9 – Aspecto final da restauração em vista oclusal (A) e em oclusão (B).
Fonte: Autoria própria (2025).

Ao finalizar o tratamento do dente 36, foram realizadas as restaurações em resina composta do dente 21 e 26. Em relação ao dente 21, constatou-se perda de estrutura dentária restrita ao esmalte, sem exposição pulpar e sem presença de sintomatologia dolorosa. Considerando a extensão da fratura e visando restabelecer a estética e a função do elemento dentário, optou-se pela realização de restauração direta em resina composta.

Inicialmente foi realizada limpeza da superfície dentária com pedra-pomes, utilizando escova profilática, com o objetivo de remover biofilme e impurezas da superfície do dente. Em seguida, procedeu-se à seleção de cor utilizando a escala Vita, sendo escolhida a tonalidade A1, considerada a mais compatível com a coloração natural dos dentes adjacentes (Figura 10).

Após a seleção da cor, foi realizado isolamento relativo do campo operatório, seguido de condicionamento ácido da superfície dentária com ácido fosfórico a 37%, lavagem abundante com água e secagem controlada da superfície. Na sequência, foi aplicado sistema adesivo universal na área condicionada, sendo o material distribuído uniformemente sobre a superfície dentária e posteriormente fotopolimerizado conforme as recomendações do fabricante.

Procedeu-se à inserção incremental de resina composta na cor A1, reconstruindo a anatomia do incisivo central superior. Foram realizados ajustes de oclusão, acabamento e polimento da restauração, com o objetivo de proporcionar melhor estética, lisura superficial e integração da restauração com a estrutura dentária remanescente (Figura 10).

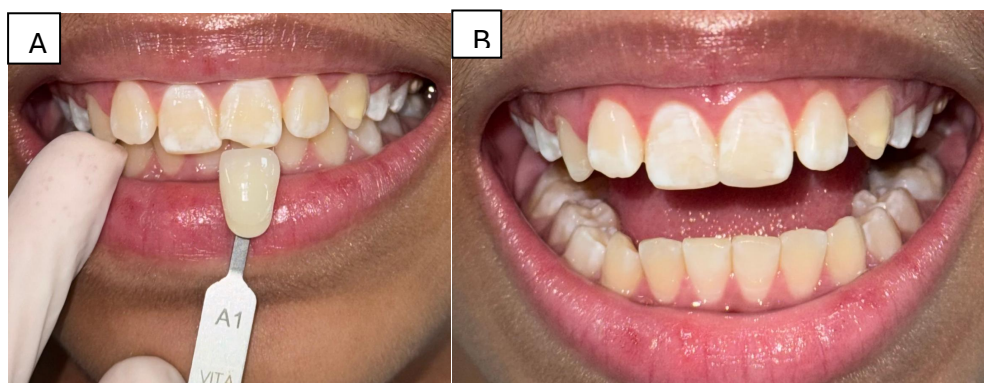


Figura 10 – (A) Aspecto clínico inicial e seleção da cor A1 utilizando escala Vita; (B) Aspecto clínico final. Fonte: *Autoria própria* (2025).

Foram fornecidas orientações ao paciente e ao responsável quanto aos cuidados com a higiene bucal, enfatizando a importância da escovação adequada, utilização de dentífrico fluoretado e controle do consumo de alimentos ricos em açúcar. Também foi ressaltada a necessidade de acompanhamento clínico periódico para monitoramento da restauração e avaliação endodôntica do dente 36. Foi reforçado a probabilidade de indicação de restauração indireta no dente 36 e necessidade de tratamento ortodôntico corretivo fora da faculdade. Em virtude da idade do paciente, foi realizada uma radiografia panorâmica evidenciando terceiros molares em formação e alguns dentes ainda em processo de formação radicular (ápice aberto) compatível com a idade (Figura 11).



Figura 11 – Radiografia panorâmica.

Na consulta de retorno em setembro de 2025 a restauração do dente 36 estava estável, porém a higiene oral estava insatisfatória, sendo realizado o protocolo de tratamento periodontal e preventivo.

Em março de 2026, o paciente retornou para acompanhamento do tratamento. Foi realizada novas radiografias e foi identificada uma infiltração na distal do dente 36 e estabilidade do tratamento endodôntico (Figura 12). Não foi realizado a restauração em resina composta em virtude do segundo molar, dente 37, permanecer semi-erupcionado e impedindo essa opção de material restaurador. Portanto, foi realizado a remoção da lesão cariosa e novamente restauração com CIV fotopolimerizável (Figura 13).

Em virtude da condição de higiene insatisfatória do paciente, foi realizado o selamento com ionômero de vidro em todos os dentes posteriores e reforçado as orientações de higiene bucal, consultas preventivas periódicas e indicação ortodôntica.



Figura 12 – Radiografia evidenciando a lesão cariosa na face distal do dente 36.



Figura 13 – Dente 36 após nova restauração.

Em abril de 2026, o paciente completou um ano de acompanhamento clínico. Nesse período, foi observada uma melhora importante na higiene oral, com melhor controle de biofilme e maior cuidado do paciente com a escovação. Essa melhora é muito relevante, pois pacientes com HMI apresentam esmalte mais frágil, maior risco de sensibilidade e maior chance de perda de estrutura dentária, principalmente quando a higiene bucal não é adequada.

Na avaliação clínica do dente 36, observou-se que o recobrimento vestibular realizado anteriormente com cimento de ionômero de vidro, há aproximadamente um ano, não se manteve em posição (Figura 14). Essa perda pode estar relacionada às características do esmalte afetado pela HMI, que apresenta maior fragilidade e pode

dificultar a adesão e a permanência de restaurações diretas por longos períodos. Além disso, foi observado e evolução satisfatória da erupção do dente 37 (Figura 14).



Figura 14 – Aspecto clínico do dente 36 e 37.

Diante disso, foi reforçado ao paciente e aos pais a necessidade de acompanhamento periódico do dente 36 a cada três meses, para avaliar a restauração, o tratamento endodôntico, a higiene local e possíveis novas perdas de estrutura dentária. Além disso, é importante realizar o acompanhamento geral da cavidade oral a cada seis meses, avaliando a higiene bucal, a saúde periodontal, a dentição e a necessidade de intervenção ortodôntica.

Em adição, foi esclarecido novamente que apesar de o cimento de ionômero de vidro ter sido importante como uma opção restauradora conservadora, este não deve ser considerado um tratamento definitivo para o dente 36, devido à função mastigatória exercida nesse elemento dentário. Assim, permanece indicada a realização futura de uma restauração indireta no dente 36, com o objetivo de oferecer maior resistência e estabilidade ao tratamento.

4. DISCUSSÃO

A HMI representa um desafio clínico relevante na odontopediatria, principalmente devido às alterações estruturais do esmalte que comprometem sua resistência mecânica e dificultam a adesão de materiais restauradores convencionais, além do maior risco de desenvolvimento de lesões cariosas e possível sensibilidade dentária associada (WILLIAM; MESSER; BURROW, 2006; DULLA; MEYER-LUECKEL, 2021; LYGIDAKIS et al., 2022). O presente trabalho relata um caso de tratamento endodôntico precoce associado a um dente com HMI com extensa destruição coronária.

Além das dificuldades inerentes ao substrato dentário alterado, o manejo clínico desses pacientes deve considerar aspectos comportamentais, especialmente em crianças e adolescentes. Procedimentos restauradores complexos e prolongados podem ser de difícil execução nessa faixa etária, tornando necessário o emprego de estratégias terapêuticas mais conservadoras, rápidas e de fácil execução clínica (ROCHA; SANTOS, 2018; LYGIDAKIS et al., 2022).

Tradicionalmente, em casos de grande destruição coronária em molares permanentes jovens afetados por HMI, a literatura aponta a utilização de coroas de aço pré-formadas como uma alternativa restauradora eficaz, devido à sua durabilidade e capacidade de proteção do remanescente dentário (SOMANI et al., 2022; LYGIDAKIS et al., 2022). Entretanto, essa opção não foi levada em consideração no presente caso em virtude de ser um primeiro molar permanente associado ao segundo molar em processo de erupção e indicação de tratamento ortodôntico corretivo pela idade e oclusão do paciente.

Nesse contexto, o uso de banda ortodôntica associada ao cimento de ionômero de vidro surge como uma alternativa restauradora conservadora e viável. A adaptação da banda permite promover contenção mecânica do remanescente coronário, contribuindo para a resistência da restauração e proteção da estrutura dentária remanescente. Estudos como os de Alves et al. (2023), Gomes et al. (2023) e Menezes (2021) demonstram que essa abordagem pode ser eficaz na reabilitação provisória de dentes com extensa destruição coronária, especialmente em pacientes jovens (ALVES et al., 2023; GOMES et al., 2023; MENEZES, 2021).

Outro aspecto relevante observado no caso foi a manutenção da restauração em ionômero de vidro mesmo após a remoção da banda ortodôntica durante o acompanhamento clínico, o que demonstra que a banda ortodôntica contribuiu na adaptação do material restaurador e não prejudicou a sua estabilidade após ser removida. Esse relato reforça a capacidade do material em manter estabilidade e funcionalidade da restauração, mesmo diante de condições adversas, o que corrobora os resultados apresentados por Drebel et al. (2024), que destacam a importância do acompanhamento clínico periódico nesses casos (DREBEL et al., 2024).

As limitações do presente caso clínico estão relacionadas à colaboração do paciente com o tratamento odontológico no contexto da falta de colaboração com higiene bucal e ausência nas consultas. Esses fatores podem contribuir para o agravamento das alterações estruturais dos dentes e para o desenvolvimento de novas lesões, reforçando a importância da educação em saúde bucal e do acompanhamento clínico regular. Além disso, a presença de HMI, má oclusão e o comprometimento do paciente com sua saúde bucal são fatores preocupantes para a longevidade do tratamento realizado.

Dessa forma, o presente relato demonstra que a utilização de banda ortodôntica como estratégia restauradora representa uma alternativa conservadora que contribui positivamente para a estabilidade do material restaurador. Vale ressaltar o baixo custo, tempo de procedimento e manejo facilitado em crianças e adolescentes, mantendo a função dentária até que seja possível a realização da restauração indireta em tais elementos dentários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidencia a importância do diagnóstico precoce e do manejo individualizado em casos de hipomineralização molar-incisivo (HMI), destacando que a restauração associada à banda ortodôntica é uma opção eficaz no auxílio da retenção do material restaurador em dentes com cavidades extensas. Dessa forma, a abordagem adotada mostrou-se satisfatória para o manejo clínico do paciente, especialmente em contexto de clínica-escola e da condição dentária de alto risco para fraturas mais complexas e tratamentos invasivos no contexto de um dente permanente jovem. É reforçado a importância do acompanhamento clínico periódico e das orientações preventivas para manutenção da saúde bucal em pacientes com HMI.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, L. de A.; RANGEL, M.; MORAES, V. A.; GUARÉ, R. O.; DINIZ, M. B. Banda ortodôntica como alternativa de tratamento conservador provisório para primeiros molares permanentes com hipomineralização molar incisivo (HMI): relato de caso. *Revista Científica do CRO-RJ*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 46-52, 2023. DOI: 10.29327/244963.8.1-7.
2. DREBEL, D. T. G. C.; FALCÃO, A.; MAROUN, E. V.; MOTA, C. S.; BORGES, M. A. P.; JORDAN, P. A. S. Avaliação da eficácia de diferentes abordagens restauradoras em paciente com hipomineralização molar incisivo: um acompanhamento de doze meses. *Revista Naval de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 23-34, 2024. DOI: 10.69909/1983-7550-avaliacao-da-eficacia-de-diferentes-abordagens-restauradoras-em-paciente-com-hipomineralizacao-molar-incisivo-um-acompanhamento-de-doze-meses.
3. DULLA, J. A.; MEYER-LUECKEL, H. Molar-incisor hypomineralisation: narrative review on etiology, epidemiology, diagnostics and treatment decision. *Swiss Dental Journal*, Bern, v. 131, n. 11, p. 886-895, 2021. DOI: 10.61872/sdj-2021-11-763.
4. GOMES, K. A.; CUSTÓDIO, B. A.; CAMPOS, B. P. N.; SANTOS, R. M.; RODRIGUES, L. L.; OLIVEIRA, B. T.; BRASIL, F. A. C.; DUARTE, A. C. A. Banda ortodôntica como possibilidade restauradora para grandes destruições coronárias em odontopediatria: relato de caso. *RECIMA21: Revista Científica Multidisciplinar*, São Paulo, v. 4, n. 12, e4124595, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i12.4595.
5. LYGIDAKIS, N. A.; GAROT, E.; SOMANI, C.; TAYLOR, G. D.; ROUAS, P.; WONG, F. S. L. Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*, London, v. 23, n. 1, p. 3-21, 2022. DOI: 10.1007/s40368-021-00668-5.
6. MENEZES, T. S. Bandas ortodônticas: alternativa de tratamento para molar hipomineralizado gravemente destruído. 2021. Trabalho acadêmico (Graduação em Odontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.
7. ROCHA, R. D. C.; SANTOS, A. F. L. Hipomineralização molar-incisivo (HMI): relato de caso clínico. *Journal of Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 59-64, 2018.
8. SOMANI, C.; TAYLOR, G. D.; GAROT, E.; ROUAS, P.; LYGIDAKIS, N. A.; WONG, F. S. L. An update of treatment modalities in children and adolescents with teeth affected by molar incisor hypomineralisation (MIH): a systematic review. *European Archives of Paediatric Dentistry*, London, v. 23, n. 1, p. 39-64, 2022. DOI: 10.1007/s40368-021-00635-0.
9. TITUANA-YUPANGUI, D. M.; CUASPUD, O. J.; MONTESINOS-GUEVARA, C. Rehabilitation treatment in pediatric patients with molar incisor hypomineralization: a scoping review. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 23, e220112, 2023. DOI: 10.1590/pboci.2023.038.

10. VILANI, P. N. L.; PAIM, A. S.; PENIDO, C. V. S. R.; BARRA, S. G. Hipomineralização molar-incisivo: relato de caso clínico. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, Lins, v. 24, n. 1, p. 64-68, jan./jun. 2014. DOI: 10.15600/2238-1236/fol.v24n1p64-68.
11. WEERHEIJM, K. L. Molar incisor hypomineralisation (MIH). European Journal of Paediatric Dentistry, Milano, v. 4, n. 3, p. 114-120, 2003.
12. WEERHEIJM, K. L.; JÄLEVIK, B.; ALALUUSUA, S. Molar-incisor hypomineralisation. Caries Research, Basel, v. 35, n. 5, p. 390-391, 2001. DOI: 10.1159/000047479.
13. WILLIAM, V.; MESSER, L. B.; BURROW, M. F. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. Pediatric Dentistry, Chicago, v. 28, n. 3, p. 224-232, maio/jun. 2006.

7. ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM CLÍNICA-ESCOLA DE UMA UNIVERSIDADE

Pesquisador: Carolina Ferrari Piloni de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90136825.4.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.865.432

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de 2ª versão do tipo observacional transversal que será realizado com base nos atendimentos realizados entre os anos de 2025 e 2030 na Clínica Odontológica Infantil da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - Goiás). E tem como objetivo avaliar o atendimento odontológico em uma clínica-escola de Odontologia, buscando compreender o perfil dos pacientes no contexto da infância e adolescência. Será utilizada uma amostra de conveniência a partir da previsão de 560 prontuários selecionados dos atendimentos realizados na clínica-escola da disciplina de Clínica Odontológica Infantil da PUC - Goiás. Os critérios de inclusão incluem: idade entre 4 e 15 anos, registros de prontuários em boas condições de análise e exames radiográficos de qualidade técnica adequada para análise. Os critérios de exclusão: participantes pacientes com síndromes genéticas, doenças congênitas ou condições sistêmicas que inviabilizam o atendimento em clínica-escola de graduação, prontuários e exames radiográficos danificados ou em conservação insatisfatória para análise. Serão investigadas questões sociodemográficas, relativas ao exame clínico extra e intraoral, exames complementares, diagnóstico e plano de tratamento. Os resultados do estudo poderão auxiliar na formação de profissionais de odontologia com maior capacitação técnica e pautado nas relações humanas e interpessoais. Além disso, será proposto intervenções preventivas e terapêuticas mais eficazes no atendimento de crianças e adolescentes.

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-	
Bairro: Setor Universitário	CEP: 74.605-010
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	E-mail: cep@pucgoias.edu.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 7.865.432

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Avaliar o atendimento odontológico em uma clínica-escola de Odontologia, buscando compreender o perfil dos pacientes no contexto da infância e adolescência.

Objetivos Específicos

- Investigar os fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais que influenciam no perfil dos pacientes atendidos.
- Comparar as características dos pacientes atendidos na clínica-escola em relação ao diagnóstico e tipo de tratamento proposto (prevenção ou intervenção) no contexto multidisciplinar.
- Analisar os impactos do atendimento odontológico realizado durante as consultas de acompanhamento dos pacientes.
- Propor intervenções baseadas nos resultados que visem à promoção de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são considerados mínimos e controláveis, uma vez que a pesquisa será pela utilização de dados já existentes e pelo fato de os atendimentos realizados em clínica-escola serem acompanhados e supervisionados por uma equipe de professores capacitados e experientes, além dos estudantes já terem o conhecimento teórico prévio abordado em disciplinas anteriores, a realização de protocolos de atendimento revisados antes do início de cada clínica, a complexidade do atendimento compatível ao nível dos estudantes, e a presença da equipe de monitoria acadêmica no auxílio da rotina clínica. Em adição, considerando a condição peculiar de vulnerabilidade pela faixa etária desses participantes, o responsável legal é autorizado e fortemente recomendado a acompanhar os atendimentos e serão previamente informados desses riscos por meio dos respectivos TCLE e TALE, garantindo a autonomia, segurança, sigilo e confiabilidade dos dados (Apêndice 1,2 e 3).

Os benefícios incluem: a melhoria na qualidade do atendimento, com a priorização de um ambiente humanizado objetivando a redução da ansiedade/medo, melhora na colaboração da criança e do adolescente no ambiente odontológico, aprimoramento da

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS**



Continuação do Parecer: 7.865.432

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2498264.pdf	15/09/2025 19:15:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Brochura_15_09_2025.pdf	15/09/2025 14:13:43	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.docx	15/09/2025 14:11:55	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_MANUSEIO_DE_PRONTUARIOS.pdf	15/09/2025 09:57:44	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_2.pdf	15/09/2025 09:55:05	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_1.pdf	15/09/2025 09:54:48	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculodaniela.pdf	01/07/2025 16:20:01	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculocejana.pdf	01/07/2025 13:27:47	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculobrigida.pdf	01/07/2025 13:20:38	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	lattesreinaldo.pdf	01/07/2025 12:49:58	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	lattesrevellin.pdf	01/07/2025 12:46:20	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2025comnumerodepagina.pdf	01/07/2025 12:43:18	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	23/06/2025 09:53:36	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	23/06/2025 09:38:40	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	22/06/2025 22:53:06	Carolina Ferrari Piloni de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 7.865.432

GOIANIA, 27 de Setembro de 2025

Assinado por:
Vania Rodriguez
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

Página 05 de 05

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (página 2 de 2 que contém a assinatura responsável legal)

qualquer penalização ou prejuízo. Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo, 5 anos e, após esse período será encaminhado para incineração e reciclagem.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declara que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu, DANIEL RODRIGUES DE OLIVEIRA SANTOS, abaixo assinado, discuti com a Profa. Dra. Carolina Ferrari Piloni de Oliveira e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo "Avaliação do atendimento odontológico em clínica-escola de uma universidade". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concorde voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, 16, de 03 de 2026.

Edna Maria de Oliveira Santos

Assinatura do participante

Alyssia Rebouças da Costa Araújo

Assinatura do pesquisador

