

## Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



### Consentimento informado

## PROPOSTA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM ENDODONTIA REGENERATIVA.

### *Proposed of informed consent in regenerative endodontics.*

Deborah Morgana Batista da SILVA<sup>1</sup>, Kely Firmino BRUNO<sup>2</sup>, Lorena Ferreira Soares PRAXEDES<sup>3</sup>, Pedro Henrique Moreira Paulo TOLENTINO<sup>4,5</sup>.

1. Aluna do Curso de Odontologia da Universidade Paulista (Campus Flamboyant), Goiânia, Goiás, Brasil.
2. Professora Titular de Graduação da Área de Endodontia e Coordenadora dos cursos de Pós-graduação em Endodontia da Faculdade Sul Americana, Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Professora dos cursos de Pós-graduação em Endodontia da Faculdade Sul Americana, Goiânia, Goiás, Brasil.
4. Professor da Área de Periodontia da Universidade Paulista (Campus Flamboyant), Goiânia, Goiás, Brasil.
5. Professor da Área de Odontologia Legal da Faculdade Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil.

#### Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 20 Março 2020

Aceito em: 21 Agosto 2020

#### Autor para contato:

Pedro Henrique Moreira Paulo Tolentino  
Rodovia BR 153, Km 503, s/n Fazenda – Botafogo.  
Goiânia - GO, Brasil. CEP: 74845-090  
E-mail: [phtmptolentino@hotmail.com](mailto:phtmptolentino@hotmail.com).

### RESUMO

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) refere-se ao documento responsável por esclarecer ao paciente o seu diagnóstico, as modalidades de tratamento disponíveis, o prognóstico e os eventuais riscos passíveis de ocorrência em detrimento da realização de um determinado tratamento. Deve ser instituído em todas as especialidades clínicas, principalmente para casos complexos, uma vez que nestas situações busca-se manter dentes com prognósticos duvidosos na cavidade bucal. Uma situação desafiadora na Endodontia compreende o tratamento de dentes necróticos com ápices incompletamente formados. Por anos, estes casos foram tratados por meio das técnicas de apicificação, todavia, por não permitirem o desenvolvimento da raiz em espessura e comprimento, apresentavam considerável índice de fratura radicular. Diante dessas limitações, uma modalidade contemporânea de tratamento foi proposta, a Endodontia Regenerativa (ER), capaz de permitir o término do desenvolvimento radicular e fechamento apical, com resultados mais promissores. Por tratar-se de um tratamento relativamente recente, a elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido para estas situações clínicas faz-se necessária, com vistas a resguardar o profissional e o paciente. Assim, o presente trabalho teve como objetivos revisar a literatura quanto à importância da elaboração de um TCLE para pacientes tratados por meio da técnica de ER, bem como sugerir um modelo de documento. É relevante que o Cirurgião-dentista elabore e aplique o TCLE para pacientes que serão submetidos à ER, devendo incluir neste documento todas as informações referentes ao tratamento, para que em casos de questionamentos ético-judiciais, o mesmo o auxilie na comprovação da adequada conduta profissional.

### PALAVRAS-CHAVE

Endodontia regenerativa; Consentimento livre e esclarecido; Endodontia; Odontologia legal.

### INTRODUÇÃO

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) refere-se ao documento responsável por esclarecer ao paciente as

particularidades quanto ao seu diagnóstico clínico, as opções de tratamento disponíveis, o prognóstico e eventuais riscos que podem ser gerados em função de

determinada terapêutica, além dos prejuízos caso o paciente opte por não tratar sua patologia. O paciente então, em posse dessas informações, terá a possibilidade de tomar decisões sobre o procedimento que será submetido, além de poder dar a sua contribuição em relação ao mesmo<sup>1</sup>.

Quando não comprovada a sua existência, poderá ser caracterizada como conduta negligente do profissional do ponto de vista de informação. Esse documento cumpre ainda a função de proteção ética e legal do profissional perante o paciente<sup>2-4</sup>.

Para cumprir o seu propósito, o TCLE deve conter todas as informações referentes à identificação do paciente ou de seu responsável legal, as opções terapêuticas, os possíveis acidentes e complicações passíveis de acometimento, os propósitos, riscos e custos dos procedimentos descritos, sendo de fundamental importância ser elaborado em uma linguagem simples e clara, passível de entendimento pelo paciente<sup>1</sup>.

O TCLE deve ser instituído em todas as especialidades clínicas<sup>4</sup>, principalmente para casos complexos, uma vez que nestas situações busca-se manter o dente na cavidade bucal, apesar do prognóstico duvidoso.

Uma situação desafiadora na Endodontia compreende o tratamento de dentes necróticos com ápices incompletamente formados, pela presença de canal amplo, paredes dentinárias frágeis e ápice aberto, que dificultam a efetiva desinfecção e impossibilitam a obturação do canal radicular pelos métodos convencionais, com risco de extravasamento de material para o periápice

<sup>5,6</sup>. Por anos, estes casos foram tratados por meio das técnicas de apicificação, todavia, por não permitirem o desenvolvimento da raiz em espessura e comprimento, apresentavam alto índice de fratura radicular, de até 77% em dentes em processo de formação radicular<sup>7</sup>.

Diante da reduzida longevidade dentária encontrada nos tratamentos de apicificação, uma modalidade contemporânea de tratamento foi proposta, a Endodontia Regenerativa (ER). Esta consiste em devolver a vitalidade para dentes com polpas necróticas e rizogênese incompleta, capaz de permitir o término do desenvolvimento radicular e fechamento apical<sup>8-10</sup>, com resultados mais confiáveis e longevos<sup>11-13</sup>.

Estudo comparativo entre os tratamentos de endodontia regenerativa e apicificações com hidróxido de cálcio e agregado de trióxido mineral (MTA), demonstrou uma supremacia do primeiro com aumento significativamente maior na espessura (28,2%), comprimento radicular (14,9%) e padrão de sobrevivência dentária (100%)<sup>12</sup>. Outro estudo de 28 dentes permanentes necróticos com ápices abertos submetidos à endodontia regenerativa e acompanhados por 30 meses, apresentou alto padrão de sobrevivência dentária (96,4%), resolução da patologia apical (100%) e sucesso clínico (92,8%). Este último só não foi maior em decorrência de alguns casos de descoloração dentária, que não necessariamente foram advindos da técnica, mas sim do traumatismo dentário com conseqüente necrose pulpar<sup>13</sup>. Tais resultados demonstraram quão promissora é a técnica da endodontia regenerativa,

desde que bem indicada e executada, estando na dependência da adequada conduta profissional e do sistema biológico do paciente<sup>3</sup>.

O tratamento endodôntico regenerativo está indicado para paciente que possui dente permanente com polpa necrótica, por qualquer fator e ápice aberto, que não necessite de reabilitação por meio de pino e coroa protética, e para paciente não alérgico aos medicamentos necessários ao procedimento<sup>14,15</sup>. Objetiva restabelecer a vitalidade em um dente não vital, com vistas ao reparo tecidual, por meio da invaginação de células tronco mesenquimais da região apical para o interior do canal radicular descontaminado, propiciando o desenvolvimento radicular em comprimento e espessura, com concomitante fechamento apical<sup>16</sup>. Por conseguinte, propicia à raiz maior resistência à fratura e aumento da longevidade do dente. Ainda, permite um tempo reduzido de tratamento, normalmente realizado em duas sessões com intervalo de 15 dias entre elas, com otimização para o profissional e paciente<sup>11</sup>.

Todavia, trata-se de um tratamento relativamente recente<sup>8,9</sup>, compondo o escopo dos tratamentos endodônticos pela Associação Americana de Endodontia a partir de 2013. Neste contexto, a elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido para estas situações clínicas faz-se necessária, com vistas à garantia de acesso ao paciente a todas as informações relacionadas ao tratamento proposto e ao resguardo profissional.

Assim, o presente trabalho tem

como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, propor um modelo de um TCLE para pacientes submetidos à ER, de forma a atender critérios bioéticos, éticos e legais inerentes à relação profissional-paciente em Odontologia.

## **ENDODONTIA REGENERATIVA**

A ER vem sendo difundida na última década como uma opção promissora de tratamento para dentes permanentes que sofreram necrose pulpar e apresentam rizogênese incompleta<sup>17</sup>. O primeiro caso publicado na literatura é datado de 2001, de um paciente de 13 anos de idade, cujo pré-molar inferior apresentava-se necrosado e com o ápice aberto. Diante desta situação clínica foi proposta a ER, realizada em duas sessões com tempo de tratamento de 15 dias, em que após 30 meses de acompanhamento foi possível observar a formação radicular continuada, com espessamento das paredes do canal, aumento do comprimento da raiz e fechamento apical<sup>8</sup>. Banchs e Trope<sup>9</sup> relataram um caso semelhante em um paciente de 11 anos de idade, com obtenção de sucesso após o emprego da técnica. Tais trabalhos desencadearam a partir de então, uma série de outros estudos na área.

A indicação da ER é mesma dos tratamentos de apicificação, que compreende dentes necróticos com ápices incompletamente formados, em que o tratamento endodôntico convencional estaria contraindicado, devido às limitações inerentes ao preparo e obturação do canal radicular, com risco de extravasamento de material obturador e consequente ausência

de reparo<sup>18</sup>.

Todavia, na apicificação com hidróxido de cálcio, o tempo de tratamento é prolongado, podendo durar até 24 meses, com trocas periódicas de medicação intracanal até a formação de barreira mineralizada apical, gerando grande número de consultas e dificuldade de adesão do paciente ao tratamento<sup>9</sup>. Já na apicificação com MTA, como o próprio material é responsável pela criação de uma barreira artificial para fechamento do forame apical, o tempo de tratamento é reduzido, com cerca de 21 dias<sup>19</sup>. Entretanto, embora ambas as técnicas de apicificação demonstrem sucesso no controle de infecções e sintomas associados, não permitem à raiz o seu desenvolvimento contínuo em comprimento e tridimensionalidade, favorecendo fraturas futuras e prognóstico desfavorável em relação à manutenção do dente a médio e longo prazo<sup>8, 9, 16, 17</sup>.

Em contrapartida, a ER permite a maturogênese, com crescimento transversal e longitudinal radicular, reforçando as paredes dentinárias por meio da deposição de tecido mineralizado<sup>8, 18</sup>, proporcionando maior previsibilidade e longevidade dentárias<sup>18</sup>.

Para o seu êxito é necessária a realização de três etapas primordiais do tratamento: desinfecção do canal radicular, recrutamento de células tronco mesenquimais para o interior do canal radicular com estabilização do coágulo, e colocação de barreira cervical com posterior realização da restauração final<sup>20</sup>. Assim, caso não se consiga uma

desinfecção efetiva ou a indução de sangramento para o interior do canal radicular, tal técnica pode ser invalidada<sup>9</sup>. De forma complementar, caso haja a recontaminação diante de uma restauração insatisfatória ou que tenha sido realizada tardiamente, com tempo superior a 21 dias, pode ocorrer a paralização da formação radicular e consequente insucesso da terapia<sup>21</sup>.

A ER pode ser influenciada ainda pela idade do paciente, estágio de desenvolvimento radicular e diâmetro apical do dente. Um estudo que analisou 40 incisivos permanentes necróticos com rizogênese incompleta submetidos à esta técnica, determinou que a mesma pode ser implementada na faixa etária de 9 à 18 anos e em ápices com diâmetro apical a partir de 0,5mm. Todavia, maior taxa de sucesso foi alcançada em pacientes mais jovens, na faixa etária de 9 à 13 anos, e com diâmetro apical maior ou igual a 1,0 mm, uma vez que demonstraram maior espessura, comprimento da raiz e fechamento apical<sup>22</sup>.

Assim, alguns fatores permeiam o êxito desta terapêutica, em que o profissional e o paciente devem estar cientes do diagnóstico, tratamento proposto, cuidados pós-operatórios, prognóstico, eventuais complicações advindas da técnica e diante destas, as alternativas terapêuticas a serem implementadas<sup>3, 14</sup>.

Neste contexto, faz-se de extrema importância à elaboração de um TCLE para pacientes submetidos à ER, contendo informações básicas, vantagens e desvantagens sobre a técnica conforme contidas na Figura 1.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENDODONTIA REGENERATIVA**

Por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, paciente/responsável legal \_\_\_\_\_, declaro que me foi informado pelo(a) Cirurgião(ã)-dentista \_\_\_\_\_, CRO \_\_\_\_\_ que:

A endodontia regenerativa é um tipo de tratamento endodôntico (canal) realizada em pacientes jovens, quando um dente está com a polpa necrótica (sem vitalidade) e ápice aberto (quando não houve o total desenvolvimento e fechamento da raiz), que não necessitam de reabilitação por meio de pino e coroa protética, buscando restabelecer a vitalidade do dente. A técnica pode possibilitar o desenvolvimento da raiz em comprimento, espessura e fechamento apical, permitindo que ele permaneça por mais anos na boca.

Considerando a queixa principal, e posterior avaliação clínica, fui esclarecido(a) quanto ao diagnóstico e plano de tratamento proposto de endodontia regenerativa;

Declaro ainda terem sido apresentadas pelo profissional outras opções de tratamento (apicificação com hidróxido de cálcio ou apicificação com MTA) bem como as vantagens e desvantagens apresentadas por cada uma delas, assim como seus riscos, benefícios e também valores;

Ficou claro que as técnicas de apicificação apenas fecham a raiz do dente, mas não permitem sua formação em comprimento e espessura, como um dente normal. Assim, o dente pode ficar com a raiz curta, com as paredes finas e frágeis e que podem levar à fratura, seguida de extração dental.

Já na endodontia regenerativa a raiz tende a se formar por completo, dando maior condição do dente ser salvo e permanecer por muitos anos na boca.

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os propósitos do procedimento e seu respectivo custo.

A técnica de endodontia regenerativa pode possibilitar as seguintes vantagens e benefícios:

- Promover o reparo de lesão periapical (associada à ponta da raiz), quando presente.
- Eliminar sinais de infecção como fístula (pus que drena pela mucosa bucal), edema (inchaço) e coleção purulenta no canal, quando presentes.
- Eliminar os sintomas de dor e desconforto, quando presentes.
- Devolver a vitalidade para o dente.
- Promover a formação da raiz em comprimento, espessura e fechamento apical.
- Reforçar as paredes da raiz, reduzindo os riscos de fratura.
- Permitir que o dente seja salvo e fique por muitos anos na boca.
- Utilizar um material biocompatível e resistente na entrada do canal, permitindo um selamento e evitando contaminações futuras.
- Técnica mais rápida que as convencionais, normalmente executada em duas sessões com intervalo de 15 dias entre elas. Dispensa as trocas contínuas de medicação intracanal para finalização do tratamento, que podem durar até dois anos, diminuindo o risco de contaminação por perda do selamento coronário e/ou de fratura radicular.

Fui informado(a) em relação aos possíveis acidentes e/ou intercorrências que podem ocorrer durante o procedimento como:

- Alergia a materiais necessários ao procedimento: lençol de borracha, anestésico tópico, anestésico local, solução irrigadora e medicação intracanal.
- Persistência de infecção na segunda sessão de tratamento, necessitando da repetição do protocolo clínico de desinfecção.
- Ausência de sangramento via canal, que pode inviabilizar a conclusão da técnica.

Fui informado(a) em relação aos cuidados que devo ter para um bom pós-operatório:

- Comparecer as consultas de retorno, que devem ocorrer após 30 dias da finalização do tratamento, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano. Estas consultas são importantes para acompanhar o decorrer do tratamento e observar a resposta biológica frente ao mesmo.
- Evitar mastigar alimentos duros com o dente que foi submetido ao tratamento, até que a raiz se forme completamente, para evitar fraturas.
- Manter a higiene da cavidade bucal de forma a evitar surgimento de infecções.
- Caso apresente dor, tomar apenas a(s) medicação(ões) prescrita(s) pelo profissional.
- Após a finalização do tratamento, a restauração final do dente deve ser realizada em um tempo máximo de 21 dias, pois com a restauração provisória existem os riscos de fratura e/ou a recontaminação do canal radicular.

Declaro estar ciente de que o tratamento é uma tentativa de salvar o dente comprometido.

Declaro ainda estar ciente de que cada indivíduo possui suas particularidades quanto ao tipo de resposta biológica apresentada frente ao tratamento, e que este dependem não só de fatores associados à técnica de execução, mas também de fatores relacionados ao sistema imunológico do paciente.

Declaro que todas as informações dadas a respeito de minha saúde são verídicas, não tendo omitido sobre nenhuma doença preexistente de meu conhecimento, que pode comprometer meu sistema imunológico e o sucesso do tratamento. Ainda relatei não ser alérgico aos medicamentos necessários ao procedimento, permitindo que a técnica seja executada da forma correta para obtenção do sucesso.

É de meu total conhecimento que o não cumprimento das orientações do profissional bem como o meu não comparecimento ao consultório nas sessões agendadas poderão acarretar em prejuízo no resultado esperado com o tratamento, como a recontaminação do dente em caso de defeito ou quebra na restauração, impedindo a cura e a formação da raiz.

É de meu conhecimento que em caso de desistência do tratamento devo comunicar imediatamente ao profissional.

Declaro ainda estar ciente das eventuais complicações em consequência da não conclusão do tratamento, como reinfecções e fraturas, podendo chegar à perda do dente.

Em caso de não haver êxito na técnica de endodontia regenerativa, existe a possibilidade de tentativa de salvar o elemento dentário por meio de técnicas convencionais de apicificação.

Caso haja falha também nas técnicas convencionais de apicificação, a última opção restante seria a extração dentária. Neste caso de perda do elemento dentário, declaro ser de meu conhecimento que, em razão de apresentar estrutura óssea ainda em desenvolvimento (em crescimento/modificação), não poderei ser reabilitado com implantes até que atinja a idade de 18 anos.

Diante de todo o exposto, declaro que todas as informações foram efetivamente entendidas e autorizo a execução do tratamento de endodontia regenerativa proposto pelo profissional

\_\_\_\_\_. RG/CPF \_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Figura 1. Proposta de TCLE para Endodontia Regenerativa.

## DISCUSSÃO

A necrose pulpar previamente ao desenvolvimento completo da raiz é ainda hoje uma tarefa desafiadora para Endodontia<sup>23</sup>. A espessura reduzida das paredes dentinárias e o ápice aberto tornam o tratamento desses dentes tecnicamente complexo<sup>17</sup>. Uma das alternativas indicadas para a resolução desses casos são as apificações convencionais que embora apresentem um bom sucesso clínico do ponto de vista de resolução de processos inflamatórios/infecciosos, não permitem um desenvolvimento contínuo da raiz tanto em comprimento como em espessura, o que muitas das vezes pode justificar a ocorrência de fraturas após a execução do tratamento<sup>8, 20, 24</sup>.

A endodontia regenerativa por sua vez, é uma técnica que pode apresentar vantagens em relação à apicificação convencional visto que, ao invés da formação de uma barreira na região do ápice radicular, essa modalidade de tratamento permite uma formação continuada da raiz<sup>8, 9, 11</sup>. Todavia, embora seja um procedimento que propicie altas taxas de sucesso do ponto de vista de longevidade e manutenção de dentes, os resultados advindos desta técnica são influenciados pela idade do paciente, pelo estágio de desenvolvimento radicular pelo diâmetro do forame apical<sup>8, 25, 26</sup>.

Considerando-se que o êxito da ER depende da somatória de uma adequada conduta terapêutica e do sistema biológico do paciente, torna-se de extrema importância a elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para garantir ao paciente acesso a todas as

informações relacionadas ao tratamento proposto, bem como assegurar o resguardo do profissional<sup>3, 14</sup>.

O TCLE é um documento que tem como objetivo esclarecer o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento proposto ao paciente<sup>1</sup>. Em se tratando de ER, o documento deve incluir informações referentes às nuances específicas do diagnóstico de necrose pulpar e rizogênese incompleta, de modo a possibilitar que o paciente compreenda a(s) opção(ões) terapêutica(s) disponíveis(s). Esse documento deve contemplar as vantagens e desvantagens das técnicas de apicificação e de endodontia regenerativa, para que o paciente possa fazer sua opção segura de tratamento. É importante que o mesmo seja devidamente esclarecido de que atualmente a endodontia regenerativa tem sido preconizada para o tratamento de dentes necróticos com rizogênese incompleta, com taxas de sucesso superiores às apicificações<sup>11-13</sup>, por possibilitar não só o reparo da lesão apical, eliminação dos sinais de infecção (fístula, edema, coleção purulenta no canal, dor e desconforto quando presentes) e revitalização do dente, mas, sobretudo, permitir a formação radicular em comprimento, espessura e fechamento apical, com maior resistência à fratura radicular e sobrevida do dente<sup>7, 8</sup>.

Além disso, o documento deve contemplar as intercorrências passíveis de acometimento como: alergia a materiais necessários ao procedimento (lençol de borracha, anestésico, solução irrigadora e medicação intracanal), persistência de infecção na segunda sessão de tratamento, necessitando da repetição do protocolo

clínico de desinfecção e dificuldade em se conseguir um sangramento para o interior do canal radicular, que pode inviabilizar a conclusão da técnica.

Ainda, denota-se a importância na orientação dos cuidados pós-operatórios com o comparecimento às consultas de retorno preconizadas pelo profissional, a realização da mastigação evitando alimentos duros até que a raiz se forme completamente e não ocorra a sua fratura, a manutenção de hábitos de higiene oral de forma a evitar reinfecções, e o uso apenas de medicações prescritas pelo profissional.

Outra informação relevante versa sobre a restauração final do dente, que deve ser realizada em um tempo máximo de 21 dias após a conclusão do tratamento, diante da possibilidade de fratura e/ou a recontaminação do canal radicular na presença prolongada de material selador provisório. Ressalta-se que a não observância a este critério, poderá comprometer a reabilitação do dente submetido à endodontia regenerativa, com a possibilidade de ausência de resposta ao tratamento, podendo chegar à perda do dente em questão.

O TCLE deve ser elaborado em uma linguagem compreensível ao paciente ou seu responsável legal, sendo que o mesmo pode perder sua validade caso o paciente não compreenda seu conteúdo. Consequentemente, a falta desse documento é uma violação aos princípios bioéticos, e pode deixar o profissional em situação de vulnerabilidade diante de questionamentos éticos e legais<sup>1</sup>, tendo em vista que as falhas nos tratamentos odontológicos podem ser advindas de

questões técnicas e de falha na informação.

Do ponto de vista ético, o Código de Ética Odontológica (CEO, 2012)<sup>27</sup> determina ser de responsabilidade do profissional Cirurgião-dentista os procedimentos clínicos executados bem como a prestação de informações em relação ao tratamento, como os objetivos, riscos, custos e opções terapêuticas alternativas, podendo o profissional ser questionado em demandas éticas e/ou judiciais caso seja detectado insuficiência de informações<sup>27-29</sup>.

Os direitos e obrigações pertinentes as partes envolvidas (profissional e paciente) estão regidas pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8078, 1990)<sup>30</sup>, que estabeleceu que a relação entre profissional-paciente é de consumo, sendo o Cirurgião-dentista o prestador de serviço e seu paciente o consumidor do mesmo, o que aumenta a responsabilidade dos profissionais no dever de informação sobre todas as nuances do tratamento<sup>28,31</sup>. O TCLE, que faz parte do processo de consentimento, compõe a documentação odontológica e tem valor legal em casos de possíveis lides judiciais<sup>32</sup>. Portanto é imprescindível que o profissional esteja apto para a execução da técnica de ER e se respalde eticamente e legalmente por meio da elaboração do TCLE, pactuado com seu paciente, devendo esse documento incluir informações referentes ao tratamento proposto e possíveis resultados ou complicações advindos dessa técnica, de maneira a resguardar direitos e registrar deverer tanto dele (profissional), como do paciente. Em casos de questionamentos éticos/judiciais, esse documento poderá

auxiliar na defesa profissional, mediante a comprovação do correto diagnóstico, plano de tratamento e informações prestadas ao paciente em relação ao tratamento o qual será submetido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância que o Cirurgião-dentista elabore e aplique o TCLE para pacientes que serão submetidos à ER, devendo esse documento incluir informações referentes ao tratamento

proposto, possíveis resultados, complicações inerentes à técnica, prognóstico e cuidados pós-operatórios, de maneira a resguardar direitos e registrar deveres dos profissionais e pacientes. Em caso de questionamentos ético-judiciais, este documento, se bem elaborado, poderá auxiliar na comprovação da adequada conduta profissional em relação ao fornecimento das informações ao paciente e/ou ao seu responsável legal.

## ABSTRACT

The informed consent (IC) refers to the document responsible for clarifying the patient or his diagnosis, such as available treatment statistics, the prognosis and the possible risks that could occur in detriment to the execution of a specific treatment. It should be instituted in all clinical specialties, especially for complex cases, since in these situations it is sought to maintain teeth with doubtful prognosis in the oral cavity. A challenging situation in Endodontics involves the treatment of necrotic teeth with incompletely formed apices. For years, these cases were treated using apexification techniques. However, as they did not allow the development of the root in thickness and length, they had a considerable root fracture rate. In view of these limitations, a contemporary modality of treatment was proposed, Regenerative Endodontics (ER), capable of allowing the end of root development and apical closure, with more promising results. As it is a relatively recent treatment, the elaboration of a free and informed consent term for these clinical situations is necessary, with a view to safeguarding the professional and the patient. Thus, this study aimed to review the literature regarding the importance of preparing an IC for patients treated using the ER technique, as well as suggesting a document model. It is relevant that the dentist elaborates and applies the IC for patients who will be submitted to ER, and must include in this document all the information related to the treatment, so that in cases of ethical and legal inquiries, the same assists him in proving the proper conduct professional.

## KEYWORDS

Regenerative endodontics; Informed consent; Endodontics; Forensic dentistry.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LG, Souza JB de, Torres EM de, Silva RF. Screening the use of informed prior to procedures involving operative dentistry: ethical aspects. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* [Internet]. 2017;11(1):67–71. <https://doi.org/10.15171/joddd.2017.013>.
2. Sivanadarajah N, El-Daly I, Mamarelis G, Sohail MZ, Bates P. Informed consent and the readability of the written consent form. *Ann R Coll Surg Engl*. 2017; 99(8):645–9. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2017.0188>.
3. Givol N, Rosen E, Taicher S, Tsesis I. Risk management in endodontics. *J Endod*. 2010;36(6):982–4. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2010.03.030>.
4. Cocanour CS. Informed consent— It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg* [Internet]. 2017;214(6):993–7. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>.
5. Thibodeau B, Teixeira F, Yamauchi M, Caplan DJ, Trope M. Pulp revascularization of immature dog teeth with apical periodontitis. *J Endod*. 2007; 33(6):680-9. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2007.03.001>.
6. Wigler R, Kaufman AY, Lin S, Steinbock N, Hazan-Molina H, Torneck CD. Revascularization: A treatment for permanent teeth with necrotic pulp and incomplete root development. *J Endod*. 2013; 39(3):319-26. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.014>.
7. Cvek M. Prognosis of luxated non-vital maxillary incisors treated with calcium hydroxide and filled with gutta-percha. a retrospective clinical study. *Endod Dent Traumatol*. 1992; 8(2):45-55.



- <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.1992.tb00228.x>.
8. Iwaya SI, Ikawa M, Kubota M. Revascularization of an immature permanent tooth with apical periodontitis and sinus tract. *dent traumatol*. 2001; 17(4):185-7. <https://doi.org/10.1034/j.1600-9657.2001.017004185.x>.
  9. Banchs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? *J Endod*. 2004; 30(4):196-200. <https://doi.org/10.1097/00004770-200404000-00003>.
  10. Chueh L-H, Huang G T-J. Immature teeth with periradicular periodontitis or abscess undergoing apexogenesis: a paradigm shift. *J Endod*. 2006; 32(12):1205-13. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2006.07.010>.
  11. Bansal R, Bansal R. Regenerative endodontics: A state of the art. *Indian J Dent Res*. 2011; 22(1):122-31. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.79977>.
  12. Jeeruphan T, Jantararat J, Yanpiset K, Suwannapan L, Khewsawai P, Hargreaves KM. Mahidol Study 1: comparison of radiographic and survival outcomes of immature teeth treated with either regenerative endodontic or apexification methods: a retrospective study. *J Endod*. 2012; 38(10):1330-6. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.06.028>.
  13. Chan EKM, Desmeules M, Cielecki M, Dabbagh B, Santos BF. Longitudinal cohort study of regenerative endodontic treatment for immature necrotic permanent teeth. *J Endod*. 2017; 43(3):395-400. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2016.10.035>.
  14. Feigin K, Shope B. Regenerative endodontics. *J Vet Dent*. 2017;34(3):161-78. Available from: <http://dx.doi.10.1177/0898756417722022>.
  15. Garcia-Godoy F, Murray PE. Recommendations for using regenerative endodontic procedures in permanent immature traumatized teeth. *Dental Traumatol*. 2012; 28(1): 33-41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2011.01044>.
  16. Hargreaves KM, Diogenes A, Teixeira FB. Treatment Options: Biological basis of regenerative endodontic procedures. *J Endod*. 2013; (3 Suppl):S30-43. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.025>.
  17. Diogenes A, Ruparel NB. Regenerative endodontic procedures: clinical outcomes. *Dent Clin North Am*. 2017; 61(1):111-125. <https://doi.org/1016/j.cden.2016.08.004>.
  18. Kim SG, Malek M, Sigurdsson A, Lin LM, Kahler B. Regenerative endodontics: a comprehensive review. *Int Endod J*. 2018;51(12):1367. <https://doi.org/10.1111/iej.12954>.
  19. Felipe WT, Felipe MCS, Rocha MJC. The effect of mineral trioxide aggregate on the apexification and periapical healing of teeth with incomplete root formation. *Int Endod J*. 2006; 39(1):2-9.
  20. Staffoli S, Plotino G, Nunez Torrijos B, Grande N, Bossù M, Gambarini G, et al. Regenerative Endodontic procedures using contemporary endodontic materials. *Materials*. 2019; 12(6):908.
  21. Chen Y, Jovani MM, Sheth CC. Is revascularization of immature permanent teeth an effective and reproducible technique? *Dental Traumatology*. 2015; 31(6): 429-36. <https://doi.org/10.1111/edt.12214>.
  22. Cabral CSL, Genizelli LO, Cruz RGZ, Pereira AC, Moreira E JL, Silva E JNL. Tratamento de dentes com rizogênese incompleta após procedimentos regenerativos ou de apicificação: uma revisão sistemática de literatura. *Rev bras odontol*. 2016; 73(4):336-9.
  23. Jung C, Kim S, Sun T, Cho YB, Song M. Pulp-dentin regeneration: current approaches and challenges. *J Tissue Eng*. 2019; 10. <https://doi.org/10.1177/2041731418819263>
  24. Alobaid AS, Cortes LM, Lo J, Nguyen TT, Albert J, Abu-Melha AS, et al. Radiographic and clinical outcomes of the treatment of immature permanent teeth by revascularization or apexification: a pilot retrospective cohort study. *Clinical Research*. 2014; 40(8): 1063-70.
  25. Araújo PR de S, Silva LB, Neto AP dos S, Almeida de Arruda JA, Álvares PR, Sobral APV, et al. Pulp revascularization: a literature review. *Open Dent J*. 2017;10(1):48-56. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010048>.
  26. Estefan BS, El Batouty KM, Nagy MM, Diogenes A. influence of age and apical diameter on the success of endodontic regeneration procedures. *J Endod*. 2016;42(11):1620-5. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2016.06.020>.

27. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Resolução n. 118, de 11 de maio de 2012. Disponível em: [http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf).
28. Maciel SML, Xavier YMA, Leite PHAS, Alves PM. A documentação odontológica e sua importância nas relações de consumo: Um estudo em Campina Grande-PB. *Pesq BrasOdontoped Clín Integr*. 2003; 3(2): 53-8.
29. Osuna E, Perez-Carceles MD, Lopez-Nicolas M, Luna A, Falcón M. Informed consent in dental mal practice claims. A retrospective study. *Int Dent J*. 2015;57(3):168–72. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2007.tb00120.x>.
30. Brasil. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm)
31. Silva RF, Barbieri L, Portilho CDM, Prado MM, Daruge-Júnior E. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010;7(4):481-7.
32. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor 32. Paranhos LR, Caldas JCF, Iwashita AR, Scanavini MA, Paschini RC. A importância do prontuário odontológico nas perícias de identificação humana. *RFO UPF*. 2009; 14(1):14-7. <https://doi.org/10.5335/rfo.v14i1.689>.