

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**BÁRBARA LAÍS SILVA ALMEIDA
EDUARDA MARTINS ALVES**

**SEQUELAS NOS DENTES PERMANENTES DECORRENTES DE
TRAUMATISMO NOS ANTECESSORES DECÍDUOS: RELATO DE
CASO**

**VOLTA REDONDA
2022**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SEQUELAS NOS DENTES PERMANENTES DECORRENTES DE
TRAUMATISMO NOS ANTECESSORES DECÍDUOS: RELATO DE
CASO**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunas: Bárbara Laís Silva Almeida

Eduarda Martins Alves

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Coorientadora: Rosiléa Chain H. Habibe

VOLTA REDONDA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

A447sAlmeida, Bárbara Laís Silva

Sequelas nos dentes permanentes decorrentes de traumatismo no antecessor decíduo: relato de caso./Bárbara Laís Silva Almeida; Eduarda Martins Alves. – Volta Redonda: UniFOA, 2022.

39 p. II

Orientador(a): Profa. Roberta Mansur Caetano

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2022.

1. Odontologia - TCC. 2. Dente decíduo. 3. Traumatismo dentário. 4. Avulsão dentária.I. Caetano, Roberta Mansur.II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Sequelas Nos Dentes Permanentes Decorrentes De Traumatismo Nos Antecessores Decíduos: Relato De Caso”.

Elaborado por: Bárbara Laís Silva Almeida
Eduarda Martins Alves

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 28 de junho de 2022.

Banca Avaliadora:

.....
Prof^a Doutora Roberta Mansur Caetano

.....
Prof^a Doutora Rosiléa Chain Hartung Habibe

.....
Prof^a Doutora Carolina Hartung Habibe

DEDICATÓRIA

“Dedicamos nosso trabalho aos nossos familiares que não mediram esforços para nos ajudar em todos os instantes, para que hoje pudéssemos estar aqui. ”

AGRADECIMENTOS

“A Deus pelo dom da vida, proteção e por todas as bênçãos concedidas.

Aos meus pais Edmar José de Almeida e Luizinete Souza da Silva Almeida Nada disso seria possível sem vocês. Obrigada por me proporcionarem essa oportunidade, me apoiarem e me incentivarem em todos os instantes. A toda a minha família, em especial meus avós Saulo Henriques de Almeida, Nair Barros de Almeida (em memória) e Mercedes Souza da Silva (em memória), o amor incondicional de vocês foi fundamental para minha caminhada.

Ao meu namorado que sempre me deu apoio, aos meus amigos que sempre se fizeram presentes. A dra. Laís do Patrocínio, seus ensinamentos fizeram parte do meu processo de formação. À minha dupla Eduarda Martins por ter caminhado comigo até aqui. Obrigado por estarem ao meu lado.

Agradeço de coração a nossa orientadora, Roberta Mansur, que nos apoiou, incentivou e acreditou em nosso potencial. Marcou nossa caminhada não somente com todos os ensinamentos, mas também com todo seu amor e carinho. A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigada.”

Bárbara Laís Silva Almeida

“Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, Tatiane e Silvio, que não mediram esforços para que chegasse até esse momento e que me ajudou a crescer e a persistir em todos os meus objetivos.

Ao meu noivo, Lucas, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos me ajudando e apoiando. E minha dupla, Bárbara Laís por ter caminhado comigo até aqui.

Agradeço a melhor orientadora que eu poderia ter, a Roberta Mansur, que nos apoiou, incentivou, acreditou em nosso potencial e por todos os ensinamentos, paciência e carinho ao longo dessa jornada. Muito obrigada!”

Eduarda Martins Alves

EPÍGRAFE

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde andar.”

Josué 1:9

RESUMO

Os traumatismos que envolvem dentes decíduos devem ser analisados de forma minuciosa, devido a proximidade dos ápices radiculares com os sucessores permanentes, principalmente em crianças mais jovens. O objetivo desse estudo sobre o traumatismo dentoalveolar nos dentes decíduos foi enfatizar as sequelas nos elementos permanentes, com relato de caso com tratamento ortodôntico. Trata-se de paciente do gênero feminino, 11 anos de idade, que sofreu um traumatismo dentário com 1 ano de idade, na região ânterosuperior, provocando a avulsão do elemento 51. Após avaliação dos exames físicos (intra e extra oral) e radiográficos (panorâmica, oclusal e tomografia computadorizada por feixe cônico) foram detectados: hipoplasia de esmalte no terço incisal do elemento 21; hipoplasia circular no terço incisal do elemento 11; dilaceração coronária, radicular e erupção ectópica do elemento 11; erupção ectópica e malformação semelhante a odontoma associada ao elemento 12. Foi iniciado tratamento ortodôntico com objetivo de alinhamento dos dentes permanentes da arcada superior. Foi planejado tratamento cirúrgico para remoção do elemento 12 e malformação semelhante a odontoma associada ao mesmo, além de colagem de dispositivo ortodôntico para tentativa de tracionamento do elemento 11. Concluiu-se que é imprescindível o acompanhamento clínico e radiográfico dos traumatismos dentoalveolares em elementos decíduos, até que finalize a erupção dos sucessores permanentes, que não ocorreu no caso clínico apresentado, entretanto, houveram várias sequelas severas, que foram diagnosticadas e tratadas tardiamente.

Palavras-chave: Dente Decíduo; Traumatismos Dentários; Avulsão Dentária.

ABSTRACT

Trauma involving deciduous teeth should be carefully analyzed due to the proximity of root apices to permanent successors, especially in younger children. The aim of this study on dentoalveolar trauma in deciduous teeth was to emphasize the sequelae on permanent elements, with a case report with orthodontic treatment. This is a female patient, 11 years old, who suffered a dental trauma at 1 year of age, in the anterosuperior region, causing avulsion of tooth 51. After evaluation of the physical (intra and extra oral) and radiographic (panoramic, occlusal and cone beam computed tomography) examinations, the following were found: enamel hypoplasia in the incisal third of tooth 21; circular hypoplasia in the incisal third of tooth 11; coronal, root dilaceration and ectopic eruption of tooth 11; ectopic eruption and malformation similar to odontoma associated with tooth 12. Orthodontic treatment was initiated with the goal of aligning the permanent teeth of the upper arch. Surgical treatment was then planned to remove tooth 12 and the odontoma-like malformation associated with it. An orthodontic device was also bonded in an attempt to pull tooth 11. It was concluded that clinical and radiographic follow-up of dentoalveolar traumas in deciduous elements is essential until the eruption of permanent successors is completed, which did not occur in the clinical case presented here; however, there were several severe sequelae, which were diagnosed and treated late.

Keywords: Deciduous Tooth; Dental Trauma; Tooth Avulsion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Anterior – oclusão	22
Figura 2 Lado direito - oclusão	24
Figura 3 Lado esquerdo - oclusão.....	24
Figura 4 Radiografia panorâmica	24
Figura 5 Radiografia oclusal	25
Figura 6 Reconstrução panorâmica	25
Figura 7 3D	25
Figura 8 Cortes coronais	26
Figura 9 Cortes axiais	26
Figura 10 Cortes transaxiais	26
Figura 11 Moldagem de transferência	27
Figura 12 Gesso vazado na moldagem.....	27
Figura 13 Marcação da linha média no palato	27
Figura 14 Armação da BTP com fio 0.9.....	27
Figura 15 Armação da BTP posicionada	28
Figura 16 Fixação da armação da BTP	28
Figura 17 Armação soldada às bandas	28
Figura 18 BTP finalizada	28

Figura 19 Anterior- oclusão- dezembro 2021	28
Figura 20 Lado direito- oclusão	29
Figura 21 Lado esquerdo - oclusão.....	29
Figura 22 Oclusal	29
Figura 23 Vista anterior- janeiro 2022.....	29
Figura 24 Lado direito	30
Figura 25 Lado esquerdo	30
Figura 26 Vista anterior- maio 2022.....	30
Figura 27 Lado direito.....	30
Figura 28 Lado esquerdo	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BTP	Barra Transpalatina
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
IADT	International Association for Dental Traumatology
LILACS	Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
SciELO	Scientific Electronic Library Online

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	37
---------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Primeiro Atendimento após o Traumatismo no Dente Decíduo.....	15
2.2 Tipos de Traumatismos Dentoalveolares na Dentição Decídua	17
2.3 Sequelas nos Dentes Permanentes decorrentes de Trauma nos Decíduos	19
3 RELATO DE CASO	23
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

No início da vida, as crianças desenvolvem seu lado curioso, dão os primeiros passos, correm, porém, não apresentam total desenvolvimento da coordenação motora e do equilíbrio, estando mais susceptíveis a quedas (GONDIM et al., 2011; MENDONÇA; AMORIM, 2022). Além disso, não possuem reflexo de proteção do rosto, sendo comum por volta de 1 a 3 anos, os traumatismos dentários, principalmente em região anterior das arcadas (WANDERLEY et al., 2014; GUIMARÃES; OLIVEIRA, 2017; MENDONÇA; AMORIM, 2022).

Todos os traumas dentários que envolvem dentes decíduos devem ser analisados de forma bem cautelosa, pois existe uma proximidade dos seus ápices radiculares, com os elementos permanentes em desenvolvimento (MISKININ et al., 2019). Quanto mais na fase inicial de formação do dente permanente, maior a chance deste ser afetado pela raiz do decíduo, especialmente em casos de trauma envolvendo o deslocamento da raiz, como intrusões, luxações laterais e avulsões (WANDERLEY et al., 2014).

Diversas sequelas podem ocorrer com o trauma dentário do elemento decíduo, gerando distúrbios nos dentes permanentes, causando desde uma descoloração branco ou amarelo amarronzada no esmalte à distúrbios na erupção alterando seu alinhamento ou dificultando sua erupção (MISKININ et al., 2019).

Além do impacto físico, o trauma dentário pode gerar problemas psicológicos e sociais, na criança e em seus familiares, comprometendo a qualidade de vida de ambos, sendo assim, considerado um problema mundial de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (MENDONÇA; AMORIM, 2022).

O cirurgião dentista deve estar apto para agir de forma precisa diante dessa situação. O tratamento pode ser complexo e envolver inúmeras especialidades da odontologia, dependendo das consequências do trauma (WANDERLEY et al., 2014; TAKAOKA et al., 2022).

Diante disto, o objetivo desse estudo sobre o traumatismo dentoalveolar nos dentes decíduos foi enfatizar as sequelas nos elementos permanentes, com relato de caso com tratamento ortodôntico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Primeiro Atendimento após o Traumatismo no Dente Decíduo

O primeiro atendimento à criança que sofreu o traumatismo dentário é importante, porque é neste momento que será feita uma análise minuciosa dos sinais e sintomas. O tratamento imediato do dente decíduo traumatizado pode minimizar as sequelas no sucessor permanente (WANDERLEY et al., 2017), principalmente em traumas com envolvimento do periodonto (WANDERLEY et al., 2014). Entretanto, um problema a ser considerado é a demora na procura por atendimento ou até mesmo a falta desse, prejudicando o diagnóstico rápido do traumatismo e também seu prognóstico (WANDERLEY et al., 2017; MENDONÇA; AMORIM, 2022).

O traumatismo dentário pode ser a causa do primeiro contato da criança com o cirurgião dentista, portanto, o profissional deve estar preparado para solucionar o problema dentário, como também o psicológico. O controle da ansiedade dos responsáveis e da criança fará grande diferença para cooperação de ambos no atendimento, por isso, esse deve ser oferecido da melhor forma possível, permitindo o melhor prognóstico (WANDERLEY et al., 2017; TAKAOKA et al., 2022).

A anamnese deve abranger um histórico médico e dentário sucinto, com informações sobre a condição sistêmica, uso de medicamentos, alergias, com atenção a necessidade de encaminhamento para atendimento hospitalar, em decorrência de comprometimento neurológico, lacerações de tecidos moles, fraturas dos ossos da face (WANDERLEY et al., 2017; DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022), possibilidade de inalação ou deglutição de dentes avulsionados ou fragmentos (DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022). No momento da identificação do paciente, é importante destacar a idade, pois será possível analisar o processo de rizólise do dente decíduo e rizogênese do dente permanente (IADT, 2012; WANDERLEY et al., 2017). Na história da doença atual é extremamente importante avaliar a forma como ocorreu, assim será identificado o tipo de traumatismo dentário, auxiliando no diagnóstico diferencial. Porém, muitas vezes os responsáveis não conseguem relatar com exatidão como aconteceu o trauma. É necessário saber o local onde

aconteceu, para identificar o risco de contaminação, e portanto, a necessidade de tratamento medicamentoso e avaliação do esquema vacinal, além disso, neste momento o profissional deve estar atento a sinais de violência e maus tratos a criança (DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022). Por fim, o tempo em que aconteceu o trauma até o primeiro atendimento decidirá a escolha do tratamento e prognóstico favorável. Cabe indagar se ocorreram outros traumas anteriores, para que seja avaliado o potencial biológico e seja feito um tratamento conservador. Traumas anteriores podem ter passado despercebidos e nas radiografias realizadas possivelmente podem ser observados suas consequências (WANDERLEY et al., 2014; WANDERLEY et al., 2017).

O exame físico deve ser imediato e completo (extra oral e intra oral), sendo dividido em: - inspeção visual: onde será feita a limpeza da área traumatizada, observando de forma minuciosa, a presença de corpo estranho, edema, hematoma, distúrbios oclusais, fraturas dentárias; -palpação: quando se avalia a presença de dor, mobilidade dentária, fratura óssea; - percussão: alguns autores não julgam confiável, pois em dentes decíduos podem trazer resultados inconsistentes (IADT, 2012) ou dificultar a abordagem comportamental pela dor gerada no teste (WANDERLEY et al., 2017), entretanto, Decurcio, Silva e Amorim (2022) citaram que em crianças pequenas, o procedimento deve ser explicado e demonstrado na mão do paciente; - teste de sensibilidade: não são recomendados em dentes decíduos (IADT, 2012; WANDERLEY et al., 2017; DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022),

A radiografia periapical é um exame radiográfico de rotina, de fácil aquisição, recurso auxiliar imediato nos primeiros atendimentos e no acompanhamento dos traumatismos dentários (WANDERLEY et al., 2017; BUENO; ESTRELA, 2022).

Após a coleta de todos os dados, têm-se uma base para o diagnóstico do paciente e início do tratamento quando possível. Contudo, o diagnóstico e tratamento para os traumatismos dentoalveolares apresentam alta complexidade, devido às inúmeras estruturas envolvidas (DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022).

Portanto, no atendimento imediato realiza-se o diagnóstico hipotético ou clínico provável e quando se fizer necessário, realiza-se a intervenção clínica e

exames complementares, que permitirão o diagnóstico definitivo (WANDERLEY et al., 2017; BUENO; ESTRELA, 2022).

Torna-se necessário informar aos responsáveis a importância do acompanhamento clínico e radiográfico, de acordo com a severidade do trauma e idade do paciente (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012).

Na rotina do traumatismo dentoalveolar são utilizados exames bidimensionais: técnicas radiográficas intra orais, periapical e oclusal, além das variações nas angulações (Técnicas de Clark e Le Master), como também, técnicas extra orais, como a radiografia panorâmica. Para visualização tridimensional das estruturas anatômicas é indicada a tomografia computadorizada por feixe cônico, que permitirá a precisão na determinação das posições e relações, além do estágio de desenvolvimento da dentição, alterações de desenvolvimento e danos às estruturas adjacentes (BUENO; ESTRELA, 2022).

2.2 Tipos de Traumatismos Dentoalveolares na Dentição Decídua

Os traumatismos dentários podem ser divididos em lesões que envolvem: tecidos duros dos dentes; tecidos de suporte; tecidos moles; osso de suporte (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012; MENDONÇA; AMORIM, 2022). Na dentição decídua é mais comum ocorrer lesões nos tecidos de suporte do dente, pois o elemento decíduo é menor em tamanho que o permanente e o osso é menos mineralizado, então, é mais fácil ocorrer o deslocamento do dente, do que sua fratura, portanto, os tecidos de suporte são mais susceptíveis ao trauma (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012).

As lesões nos tecidos duros dos dentes são classificadas em fraturas coronárias, coronoradiculares e radiculares. As coronárias são divididas em fratura incompleta de esmalte (trinca); fratura de esmalte; fratura de esmalte e dentina; fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa (ANDREASEN, 2001).

A lesão de tecidos de suporte do dente pode ser dividida em concussão, subluxação, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva, avulsão (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012):

- A concussão caracteriza-se por um pequeno traumatismo nas estruturas de suporte do dente o qual provoca edema e hemorragia do ligamento periodontal, sem provocar deslocamento, mobilidade e sangramento sulcular, com relato de dor à percussão, sem alterações radiográficas (ANDREASEN, 2001; LOSSO et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).
- Na subluxação ocorre um impacto mais forte do que na concussão, dessa forma rompe as fibras do ligamento periodontal, levando a mobilidade dentária, sem deslocamento aparente, com sangramento sulcular (LOSSO et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).
- A luxação lateral gera deslocamento do dente, nos sentidos vestibular, lingual, mesial ou distal, podendo ocasionar mobilidade (LOSSO et al., 2011; MENDONÇA; AMORIM, 2022).
- Na luxação extrusiva ocorre um deslocamento parcial do dente no sentido axial, para fora do seu alvéolo (LOSSO et al., 2011; MENDONÇA; AMORIM, 2022).
- Na luxação intrusiva ocorre um deslocamento parcial ou total do dente no sentido axial, empurrando-o para o interior do processo alveolar (LOSSO et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).
- A avulsão é caracterizada pelo total deslocamento do dente para fora do seu alvéolo (LOSSO et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).

O traumatismo aos tecidos moles envolve a contusão, quando não há ruptura da pele e mucosa; abrasão, na qual há lesão superficial causada por fricção, sem rompimento de mucosa ou pele; laceração, quando ocorre dilaceração da pele ou mucosa, superficial ou profunda (MENDONÇA; AMORIM, 2022).

O traumatismo ao osso de suporte pode envolver fraturas na parede alveolar, no processo alveolar ou envolvendo bases ósseas da maxila ou mandíbula (MENDONÇA; AMORIM, 2022).

As repercussões geradas nos dentes decíduos devido as lesões traumáticas podem ocorrer isoladamente ou em conjunto e estar relacionada com a polpa ou ao periodonto. Os danos à polpa podem gerar uma hiperemia, necrose, hemorragia,

calcificação, pólipo pulpar, e ainda, reabsorção interna da coroa ou raiz. Os danos ao periodonto podem ocasionar desde reabsorção radicular externa até anquilose (LOSSO et al., 2011; WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012; WANDERLEY et al., 2017).

2.3 Sequelas nos Dentes Permanentes decorrentes de Trauma nos Decíduos

A alta probabilidade do trauma em dentes decíduos ocasionar distúrbios no desenvolvimento dos elementos dentários permanentes acontece devido a íntima proximidade do ápice do decíduo ao germe de seus sucessores (WANDERLEY et al., 2017; SILVA; AMORIM, 2022). Os distúrbios causados no dente permanente podem ser tanto pela força mecânica do traumatismo no elemento decíduo como a forma que este foi afetado, por exemplo, quando ocorre uma inflamação (WANDERLEY et al., 2017; SILVA; AMORIM, 2022.). Para causar esses distúrbios de desenvolvimento nos permanentes, o ápice radicular do dente decíduo deve ser deslocado no sentido apical e lingual ou palatino, invadindo o folículo dentário (GONDIM et al., 2011).

Dentre os diversos tipos de traumas, a intrusão, seguida da avulsão e do deslocamento lateral são os que mais causam sequelas nos dentes sucessores permanentes (GONDIM et al., 2011).

Quanto mais jovem for a criança, maior será a gravidade da sequela nos dentes permanentes (GONDIM et al., 2011; SILVA; AMORIM, 2022). Crianças com menos de 2 anos de idade apresentam o osso menos calcificado ao redor do germe dentário, oferecendo menor proteção para o mesmo. Portanto, a gravidade dessas sequelas dependerá da idade da criança quando aconteceu o trauma, como também do tipo e extensão do traumatismo, estágio de desenvolvimento do sucessor e nível de reabsorção radicular do decíduo (MISKININ et al., 2019; SILVA; AMORIM, 2022).

Mesmo com toda cautela no atendimento inicial do paciente, muitas vezes não é possível diagnosticar de forma precisa os possíveis danos causados ao elemento permanente (WANDERLEY et al., 2017). Segundo Andreasen (2001) os danos mais comuns encontrados nos elementos permanentes são:

1- Hipomineralização do esmalte: é um distúrbio da mineralização, resultando na alteração na coloração do esmalte, caracterizada por opacidade, nas cores branca, amarela ou amarronzada, associada a traumas menos severos. A face vestibular dos dentes é a região mais atingida, sendo diagnosticada após o irrompimento do elemento na cavidade oral (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). Não traz alteração na função ou forma do elemento dentário, somente na quantidade do esmalte presente, com isso, o tratamento se torna estético (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). Em casos de opacidades demarcadas, as restaurações em resina composta e até mesmo facetas serão indicadas; caso sejam opacidades difusas o tratamento será conservador, com microabrasão e clareamento (WANDERLEY et al., 2017).

2- Hipoplasia de esmalte: alteração da quantidade de esmalte e perda de estrutura dental, caracterizada por sulcos que circundam toda a coroa cervicalmente e outras diversas formas de defeitos no esmalte (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). Essa alteração causa mais danos estéticos do que funcionais (GONDIM et al., 2011), podendo ser solucionada com microabrasão ou resina infiltrante (ICON®), aplicação de selante, resina flow, restauração de resina composta ou faceta estética (SILVA; AMORIM, 2022).

3- Hipomineralização associada à hipoplasia de esmalte: alterações na qualidade e quantidade de esmalte, com opacidades e alterações de cores, podendo ocorrer hipoplasia localizada e hipoplasia circular. Quando as lesões são amarelo-amarronzadas são resultantes da decomposição do sangue na área de mineralização durante a formação posterior do esmalte. O tratamento será realizado utilizando procedimentos restauradores com materiais adesivos (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).

4- Dilaceração coronária: alteração do longo eixo de formação na coroa, resultante do deslocamento não axial do tecido duro já formado em relação ao tecido calcificado em desenvolvimento, podendo ser resultante de uma avulsão ou intrusão do dente decíduo (GONDIM et al., 2011). Essa alteração ocorre com maior frequência quando a metade da coroa do permanente está formada, sendo comum provocar a impactação dos incisivos centrais superiores (WANDERLEY et al., 2017; SILVA; AMORIM, 2022), afetando crianças com idade variando entre 1 a 4 anos. É

indicada a aplicação de selante ou resina flow na área da dilaceração após a erupção do dente (SILVA; AMORIM, 2022). Outra forma de tratamento é a ressecção da coroa, seguida de tratamento endodôntico e restauração (BOLHARI et al., 2016). Dependendo do ângulo da dilaceração pode ser necessário a exposição cirúrgica associada a tracionamento ortodôntico, ou ainda, a extração do elemento e planejamento para futuro implante (SILVA; AMORIM, 2022).

5- Dilaceração radicular: alteração que resulta na curvatura marcante da raiz, quando o trauma acontece em torno de 4-5 anos de idade, resultante da intrusão do dente decíduo em direção ao germe do permanente, causando um possível distúrbio na bainha epitelial de Hertwig, formando um ângulo entre a parte já formada do dente e a que ainda irá se formar. Dependendo do grau de angulação da raiz é indicado a exposição cirúrgica associada ao tracionamento ortodôntico ou a extração do dente (SILVA; AMORIM, 2022).

6- Duplicação radicular: alteração devido a um traumatismo severo antes dos 2 anos de idade, ocasionando a divisão da alça cervical, quando a coroa do dente ainda encontra-se na fase inicial de formação, podendo levar a formação de raízes supranumerárias (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). Deverá ser feito um monitoramento frequente da vitalidade pulpar do dente (SILVA; AMORIM, 2022).

7- Paralisação parcial ou total da formação radicular: alteração decorrente de um dano irreversível na bainha epitelial de Hertwig, causando o desenvolvimento de cicatrizes teciduais, impedindo a erupção do permanente e interferindo na formação radicular (WANDERLEY et al., 2017). Pode estar relacionada com a avulsão do dente decíduo, em crianças com idade entre 4 e 8 anos. Deverá ser realizado o monitoramento da erupção do dente e da formação radicular (SILVA; AMORIM, 2022).

8- Malformações semelhantes a odontomas: alteração decorrente de um traumatismo severo, em crianças de 10 a 14 meses de idade (SILVA; AMORIM, 2022). Durante o trauma o dente decíduo invade o folículo do germe dentário do permanente, fragmentando-o, resultando em um aglomerado de tecido duro com morfologia de um odontoma complexo ou de elementos dentários separados (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). Essa malformação é rara, sendo

os incisivos superiores os dentes mais acometidos (LENZI et al., 2010). É indicado a remoção cirúrgica do dente anômalo/odontoma (LENZI et al., 2010; GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017), entretanto, esse procedimento pode ser postergado, dependendo do tipo e extensão da malformação, com o intuito de preservar a quantidade óssea para reabilitação futura, sendo necessário o acompanhamento periódico (LENZI et al., 2010).

9- Sequestro do germe do dente permanente: resulta da intrusão severa do dente decíduo decorrente do trauma, associada a infecção crônica perirradicular que atinge a cripta do dente sucessor em desenvolvimento, levando a paralização da sua formação, resultando em um dente subdesenvolvido. É indicado a remoção cirúrgica (GONDIM et al., 2011).

10- Distúrbios na erupção: a perda precoce do dente decíduo, antes dos 4 anos, leva a alteração do tecido conjuntivo que recobre o dente permanente, dificultando sua erupção e seu alinhamento, e ainda, acarretando a impactação dos dentes com malformações coronária ou radicular. Acontecendo após os 5 anos de idade, haverá a aceleração da erupção do permanente (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017). A perda precoce ou a retenção prolongada do dente decíduo pode causar a erupção ectópica do elemento permanente (WANDERLEY et al., 2017). Frequentemente é necessário a exposição cirúrgica do elemento permanente, permitindo sua erupção (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2017).

3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 56187022.0.0000.5237 e aprovado em 05/05/2022 (Anexo A).

Para construção do referencial teórico foram analisados trabalhos científicos, a partir de 2001, indexados nas bases de dados Google Acadêmico, LILACS, MEDLINE e SciELO, nos idiomas português e inglês.

Paciente J.L.J.P., gênero feminino, feoderma, 10 anos e 10 meses de idade, junto com sua mãe buscaram atendimento dentário em consultório odontológico, no ano de 2021, devido a ausência de dois dentes permanentes, incisivos central e lateral superior direito.

Na anamnese, a mãe relatou que a paciente sofreu um traumatismo dentoalveolar na região ânterosuperior com 1 ano de idade, provocando a avulsão do elemento 51. Como consequência das ausências dos dentes permanentes, a criança apresentava-se com problemas de comunicação e interação social, além disso, sofria bullying na escola.

No exame físico intra oral observou-se dentição mista; desvio da linha média dentária superior devido mesioinclinação do elemento 21; perda de espaço na região dos elementos 11 e 12; hipoplasia de esmalte no terço incisal do elemento 21 (Figuras 1 a 3).



Figura 1: Anterior - oclusão



Figura 2 : Lado direito - oclusão



Figura 3: Lado esquerdo - oclusão

Inicialmente foram solicitados alguns exames de imagens para auxiliar no diagnóstico, radiografia panorâmica e oclusal total da maxila. Foi detectado presença de todos elementos permanentes, incluindo os terceiros molares; presença dos elementos em formação 18, 17, 15 a 11, 23 a 25, 27, 28, 38, 37, 35, 44, 45, 47 e 48, posicionados intra-ósseo; elemento 13 mesioinclinado; elementos 12 e 11 posicionados horizontalmente, logo abaixo da cavidade nasal; imagens radiopacas semelhantes a dentículos, associada a coroa do elemento 12 compatível com odontoma composto (Figuras 4 e 5).



Figura 4: Radiografia panorâmica



Figura 5 : Radiografia oclusal

Após avaliação dos exames foi solicitada tomografia computadorizada por feixe cônico da região dos elementos 11 e 12 para uma precisa localização dos elementos e avaliação da relação com as estruturas adjacentes. Observam-se reconstrução panorâmica, 3D, cortes coronais, axiais e transaxiais, nos quais identifica-se os elementos 11, 12 e 13 inclusos, em posição ectópica, com rizogênese incompleta. Os elementos 11 e 12 numa posição horizontal, em íntimo contato com a fossa nasal e o 13 mesioinclinado. Observa-se imagem hiperdensa composta de estruturas semelhantes a dentículos envolta por halo hipodenso associada ao elemento 12 compatível com odontoma composto; hipoplasia circular no terço incisal do elemento 11, com dilaceração coronária e dilaceração radicular (Figuras 6 a 10).

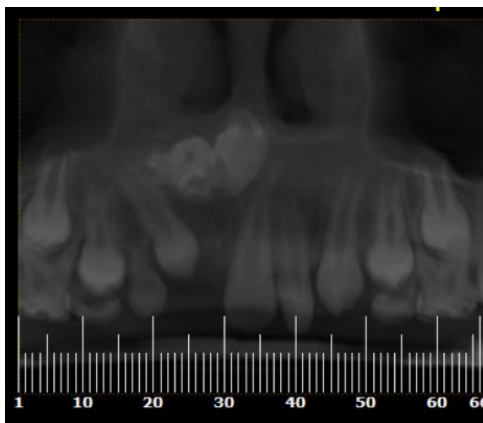


Figura 6: Reconstrução panorâmica



Figura 7: 3D

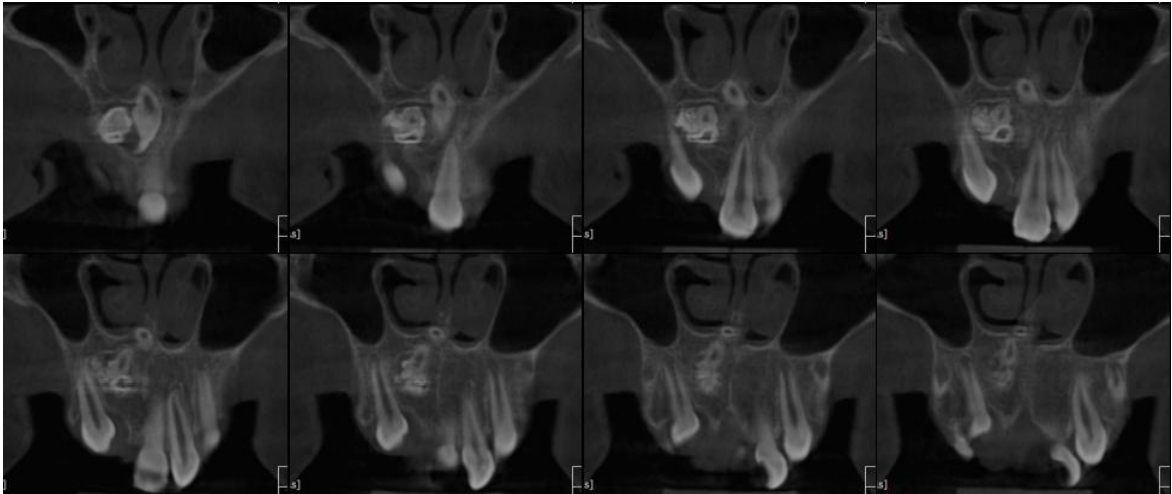


Figura 8: Cortes coronais

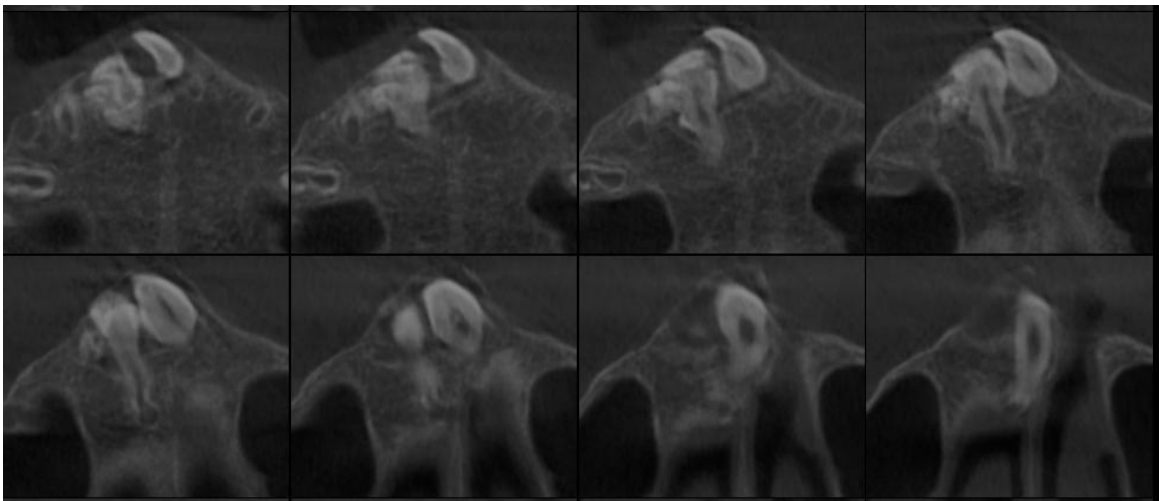


Figura 9: Cortes axiais

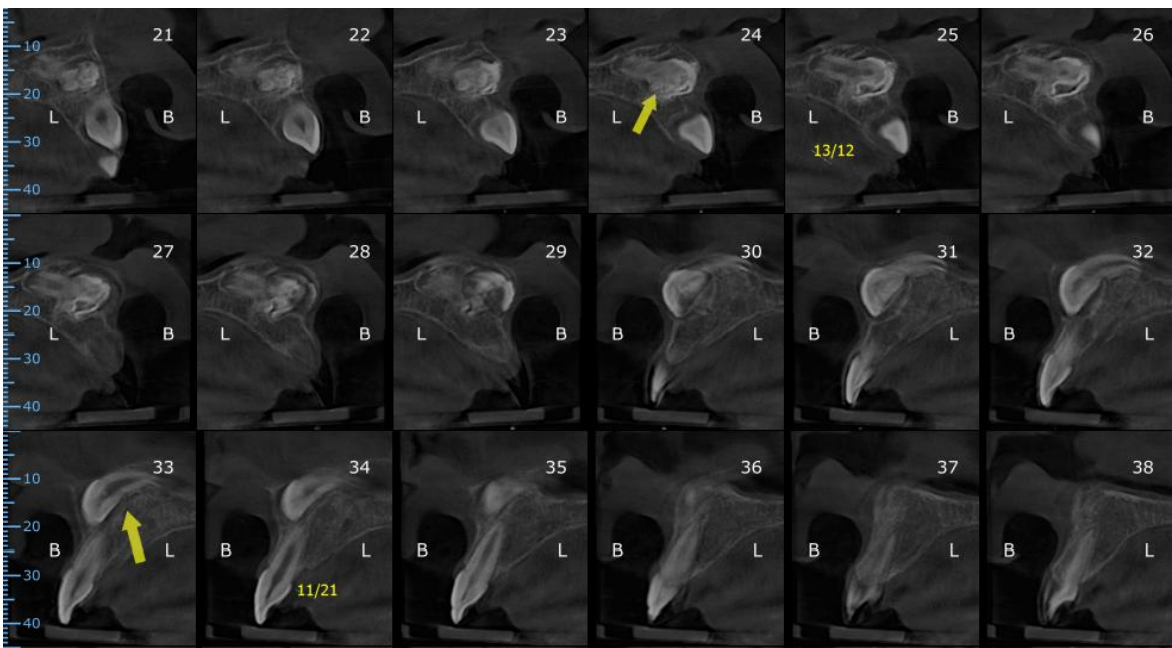


Figura 10: Cortes transaxiais

Foi planejado tratamento ortodôntico e cirúrgico, com os seguintes objetivos: alinhamento dos elementos permanentes da arcada superior, com correção da linha média; remoção cirúrgica do elemento 12 e suposto odontoma composto associado; colagem de dispositivo no elemento 11, para tentativa de tracionamento ortodôntico, com erupção induzida do elemento e preservação da quantidade óssea da região (MATTIELLO et al., 2016).

Iniciando a montagem do aparelho fixo na arcada superior foi realizada bandagem dos elementos 16 e 26, moldagem de transferência com alginato (Exact®, Vigodent), vazamento em gesso pedra tipo III (Yamay®), para confecção de barra transpalatina (BTP) soldada às bandas, com objetivo de ancoragem (Figuras 11 a 18).



Figura 11: Moldagem de transferência



Figura 12: Gesso vazado na moldagem

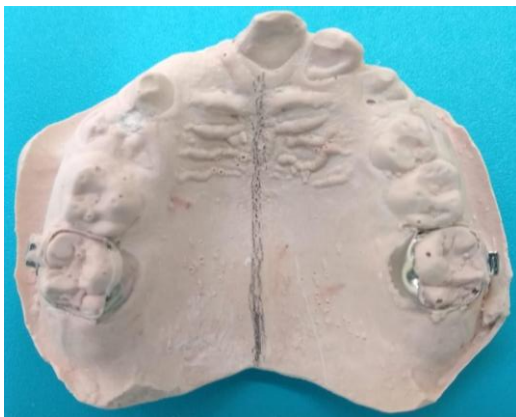


Figura 13: Marcação da linha média no palato

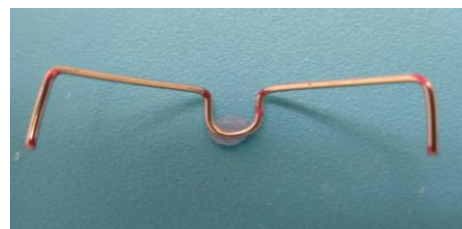


Figura 14: Armação da BTP com fio 0.9

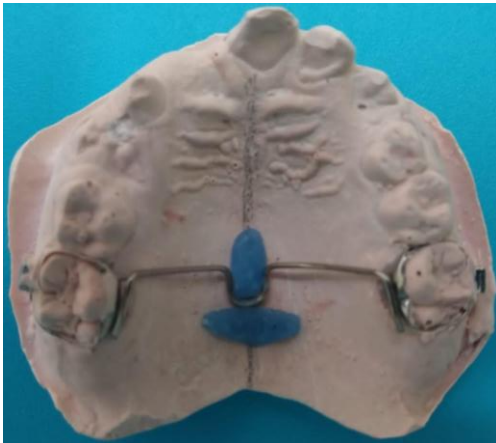


Figura 15: Armação da BTP posicionada



Figura 16: Fixação da armação da BTP



Figura 17: Armação soldada às bandas



Figura 18: BTP finalizada

A barra transpalatina foi cimentada com cimento ionômero de vidro (Meron®, Voco), realizada colagem de braquetes nos elementos 55, 53, 21, 22 e 65, instalado arco de Nitinol 0,14 (Figuras 19 a 22).



Figura 19: Anterior- oclusão- dezembro 2021

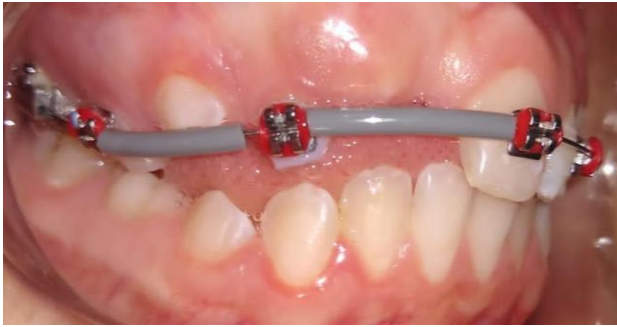


Figura 20: Lado direito- oclusão

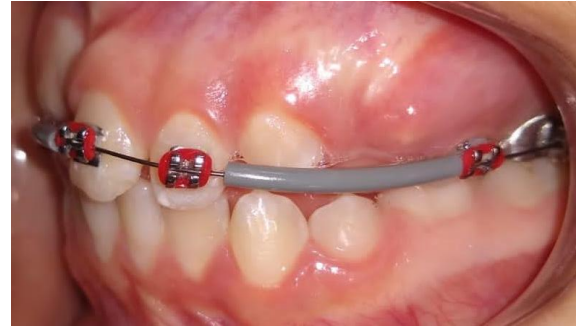


Figura 21: Lado esquerdo - oclusão



Figura 22: Oclusal

Na sequência do tratamento foi realizada exodontia do elemento 64; instalação de mola de nitinol para correção da inclinação do elemento 21 (Figuras 23 a 25).



Figura 23: Vista anterior- Janeiro 2022



Figura 24: Lado direito



Figura 25: Lado esquerdo

Foi realizada exodontia do elemento 53 e colagem de braquetes nos dentes 14 e 23. Logo já se observava a erupção do elemento 13, que assim que estiver alinhado, a paciente será encaminhada para cirurgia de remoção do elemento 12 e suposto odontoma e colagem do dispositivo ortodôntico, para tentativa de tracionamento do elemento 11 (Figuras 26 a 28).

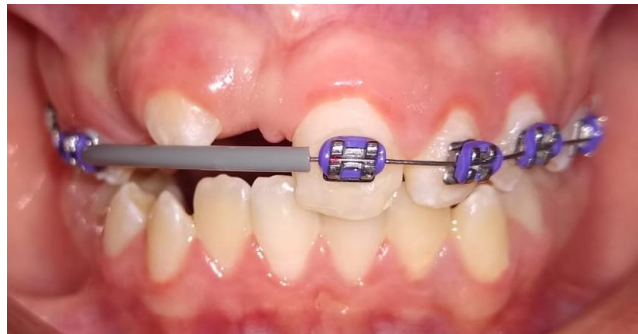


Figura 26: Vista anterior- Maio 2022



Figura 27: Lado direito



Figura 28: Lado esquerdo

Com o tratamento ortodôntico já foi possível observar a paciente com maior auto estima e interação com as pessoas.

4 DISCUSSÃO

Os traumatismos dentoalveolares na região anterior das arcadas são comuns em crianças de 1 a 3 anos, pois elas não apresentam coordenação motora totalmente desenvolvida e reflexo de proteção do rosto (GONDIM et al., 2011; WANDERLEY et al., 2014; GUIMARÃES; OLIVEIRA, 2017; MENDONÇA; AMORIM, 2022). É a fase de maior risco de sequelas nos elementos permanentes sucessores, pela proximidade dos ápices radiculares dos decíduos com os dentes permanentes em formação (WANDERLEY et al., 2014; MISKININ et al., 2019).

No caso apresentado, a criança sofreu um trauma dentoalveolar na região anterior da arcada superior, quando tinha 1 ano de idade, que gerou inúmeras sequelas nos dentes permanentes na área traumatizada, além de problema de interação social, incluindo bullying.

O primeiro atendimento após o traumatismo no dente decíduo deve ser imediato, com avaliação minuciosa (WANDERLEY et al., 2017). A anamnese deve compreender o histórico médico e dentário sucinto; na história da doença atual devem ser analisados todos os detalhes do trauma, como a forma que ocorreu, local, há quanto tempo ocorreu e a ocorrência de traumas anteriores. O exame físico deve ser completo, extra e intra oral, utilizando inspeção visual, palpação, percussão (WANDERLEY et al., 2017; DECURCIO; SILVA; AMORIM, 2022) e frequentemente empregando a radiografia periapical (WANDERLEY et al., 2017; BUENO; ESTRELA, 2022).

No atendimento imediato é realizado o diagnóstico clínico provável e a intervenção clínica quando se fizer necessária (WANDERLEY et al., 2017; BUENO; ESTRELA, 2022).

Os acompanhamentos clínico e radiográfico são fundamentais, acontecendo de acordo com a idade da criança e a severidade do caso (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012), utilizando exames radiográficos intra orais e extra orais (BUENO; ESTRELA, 2022).

No caso relatado não houve um acompanhamento clínico e radiográfico logo após o traumatismo dentário, postergando o diagnóstico definitivo e início do tratamento, que ocorreu quase 10 anos depois.

Os traumatismos dentários em dentes decíduos podem ser divididos em lesões que envolvem tecidos duros dos dentes, tecidos de suporte, tecidos moles e osso de suporte (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012; MENDONÇA; AMORIM, 2022). Sendo mais comum ocorrer nos tecidos de suporte do dente, pois o elemento decíduo é menor em tamanho que o permanente e o osso menos mineralizado, acontecendo mais o seu deslocamento do que sua fratura (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012).

As lesões nos tecidos duros dos dentes são classificadas em fraturas coronárias, coronoradiculares e radiculares (ANDREASEN, 2001). Já as lesões de tecidos de suporte do dente podem ser divididas em concussão, subluxação, luxação lateral, luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão (WANDERLEY; GUEDES-PINTO, 2012).

Os distúrbios nos dentes permanentes podem ocorrer tanto pela força mecânica no dente decíduo como pela forma em que este foi afetado (WANDERLEY et al., 2017; SILVA; AMORIM, 2022).

Existem inúmeros traumas no dente decíduo que podem afetar o permanente, entretanto, os mais comuns são a intrusão, seguida da avulsão e do deslocamento lateral (GONDIM et al., 2011), como no caso mencionado.

Quanto mais jovem a criança, maior a gravidade da seqüela nos dentes permanentes (GONDIM et al., 2011; SILVA; AMORIM, 2022). Isso porque, o osso ao redor do germe dentário é menos calcificado, portanto, a gravidade da seqüela dependerá da idade da criança, quando ocorreu, tipo e extensão do trauma, estágio de desenvolvimento do sucessor e nível de reabsorção radicular do decíduo (MISKININ et al., 2019; SILVA; AMORIM, 2022). Portanto, no atendimento inicial se torna complexo obter o diagnóstico final dos danos causados aos elementos permanentes (WANDERLEY et al., 2017).

Segundo Andreasen (2001), os danos mais comuns encontrados nos elementos permanentes são: hipomineralização de esmalte; hipoplasia de esmalte; hipomineralização associada à hipoplasia de esmalte; dilaceração coronária; dilaceração radicular; duplicação radicular; paralização parcial ou total da formação radicular; malformação semelhante a odontoma; sequestro do germe do dente permanente; distúrbios na erupção.

Como foi dito no caso clínico desse estudo, o trauma dentoalveolar aconteceu quando a criança tinha somente 1 ano de idade, portanto, as sequelas nos dentes permanentes foram de maior severidade, sendo elas: hipoplasia de esmalte no terço incisal do elemento 21; hipoplasia circular no terço incisal do elemento 11; dilaceração coronária e radicular do elemento 11; erupção ectópica do elemento 11; malformação semelhante a odontoma associada ao elemento 12; erupção ectópica do elemento 12.

Em decorrência das sequelas citadas, também ocorreu erupção ectópica do elemento 13 e foram necessários tratamento ortodôntico e cirúrgico, tentativa de tracionamento ortodôntico do elemento 11 e caso haja insucesso, será necessário futuro tratamento reabilitador.

Além de todo esse impacto negativo físico houve um importante comprometimento psicológico da criança, repercutindo em sua qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

Os distúrbios de desenvolvimento e erupção dos dentes permanentes decorrentes do traumatismo dentoalveolar nos antecessores decíduos apresentam maior grau de severidade, quanto menor for a idade da criança. Portanto, é imprescindível o acompanhamento clínico e radiográfico até que finalize a erupção dos sucessores permanentes, realizando o tratamento adequado, no momento oportuno, com ciência dos pais.

No caso clínico apresentado não houve acompanhamento clínico e radiográfico por quase 10 anos, entretanto, houveram várias sequelas severas diagnosticadas e tratadas tardiamente.

6 REFERÊNCIAS

ANDREASEN, J.O. **Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

BOLHARI,B.; PIRMOAZEN, S.; TAFTIAN, E.; DEHGHAN, S. A case report of dilacerated crown of a permanent mandibular central incisor. **J Dent**, Tehran, v.13, n.6, p.448-52, 2016.

BUENO, M.R.; ESTRELA, C. Exames por Imagens nos Traumatismos Dentários. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. Ciência na prática clínica**. São Paulo: Santos, 2022.

DECURCIO, D.A.; SILVA, J.A.; AMORIM, L.F.G. Importância do Primeiro Atendimento, Exame Clínico e Diagnóstico. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. Ciência na prática clínica**. São Paulo: Santos, 2022.

GONDIM, J.O.;GIRO, E.M.A.; MOREIRA NETO, J.J.S.;COLDEBELLA,C.R.;BOLINI, P.D.A.;GASPAR, A.M.M. Sequelas em dentes permanentes após trauma nos predecessores decíduos e sua implicação clínica. **RGO**, Porto Alegre,v.59, supl.0, p.113-20, 2011.

GUIMARÃES,C.A.; OLIVEIRA, R.C.G. Perda Precoce de Dentes Decíduos Relato de Caso Clínico. **Uningá Review**, Maringá, v.29, n.2, p.28-33, 2017.

IADT - International Association of Dental Traumatology. DIANGELIS, A.J.; ANDREASEN, J.O.; EBELESEDER,K.A.; KENNY, D.J.; TROPE, M.; SIGURDSSON, A.; ANDERSSON, L.; BOURGUIGNON, C.; FLORES, M.T.; HICKS, M.I.; LENZI, A.R.; MALMGREN, B.; MOULE, A.J.; POHL, Y.; TSUKIBOSHI, M. Diretrizes da Associação Internacional de Traumatologia Dentária para a abordagem de lesões dentárias traumáticas: 3. Lesões na dentição decídua. 2012. Disponível em: https://www.iadt-dentaltrauma.org/Diretrizes_Traducao_IADT_3_-_Le_sooes_na_denticcao_decidua.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

LENZI, M.M.; ANTERO, S.; MONTEIRO, A.; CAMPOS, V. Odontoma-like malformation in permanent dentition due to severe trauma in deciduous dentition - case report. **Brazilian Journal of Dental Traumatology**, Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p.31-5, 2010.

LOSSO, E.M.; TAVARES, M. C.R.; BERTOLI, F.M.P.; BARATTO-FILHO, F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **RSBO**, Joinville, v.8, n.1, p.1-20, 2011.

MARINHO, C.S.; MARTINS, L.P.; BITTENCOURT, J.M.; PAIVA, S.M.; BENDO, C.B. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças, adolescentes e suas famílias: revisão crítica da literatura. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v.55, n.8, p.1-12, 2019.

MATTIELLO, F.; LIMA, E.M.; FRISTCHER, G.; RIZZATTO, S.M.D. Impacção de incisivos centrais superiores: Etiologia e Tratamento. **Revista Ortodontia Gaúcha**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.39-50, 2016.

MENDONÇA, J.G.A.; AMORIM, L.F.G. Epidemiologia e Classificação. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. Ciência na prática clínica**. São Paulo: Santos, 2022.

MISKININ, A.C.N.; MERCER, K.K.M.; SILVÉRIO, K.C.; MORGADO, L.L.A. Traumatismos em Dentes Decíduos e suas Sequelas nos Dentes Permanentes. **Journal of Health**, Ponta Grossa, v.1,n.22, p.1-5, 2019.

SILVA, D.R.P.S.; AMORIM, L.F.G. Alterações de Desenvolvimento em Dentes Permanentes após Traumatismos nos Dentes Decíduos. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. Ciência na prática clínica**. São Paulo: Santos, 2022.

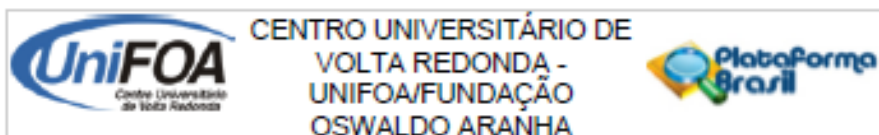
TAKAOKA, L.A.M.V.; COUTINHO, I.; COUTINHO, I.; WEILER, R.M.E. Transdisciplinaridade no Atendimento do Traumatismo Dentário. In: **Traumatismo em dentes decíduos e permanentes. Ciência na prática clínica**. São Paulo: Santos, 2022.

WANDERLEY, M.T.; GUEDES-PINTO, A.C. Traumatismo em Dentes Decíduos e sua Repercussão na Dentição. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Manual de Odontopediatria**. 12 ed. São Paulo: Santos, 2012.

WANDERLEY, M.T.; MOURA, A.C.V.M.; NETTO, C.M.; BONINI, G.C.; CADIOLI, I.C.; PROKOPOWITSCH, I. Lesões Traumáticas em Dentes Decíduos e Permanentes. In: GUEDES-PINTO, A.C.; MELLO-MOURA, A.C.V. **Odontopediatria**, 9 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2017.

WANDERLEY, M.T.; WEFFORT, I.C.C.; KIMURA, J.S.; CARVALHO, P. Traumatismos nos dentes decíduos: entendendo sua complexidade. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**, São Paulo, v.68, n.3, p.194-200, 2014.

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEQUELAS CAUSADAS EM DENTES PERMANENTES APÓS TRAUMA NO ANTECESSOR DECÍDUO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Roberta Mansur Caetano

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56187022.0.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.389.598

Apresentação do Projeto:

Apresentação de caso clínico de uma paciente com 11 anos de idade com ausência de 2 dentes anteriores permanentes (em decorrência de trauma nos dentes decíduos), que pode gerar distúrbios na formação e no processo eruptivo dos dentes permanentes, com graus variados de severidade, além de problemas psicológicos e sociais tanto na criança quanto em seus familiares

Objetivo da Pesquisa:

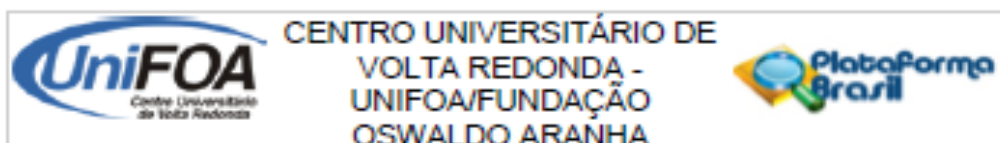
Apresentação de caso clínico de uma paciente com 11 anos de idade com ausência de 2 dentes anteriores permanentes (em decorrência de trauma nos dentes decíduos) com queixa de bullying na escola. A paciente será submetida a tratamento ortodôntico e cirúrgico, em consultório dentário particular do responsável pela pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O tratamento ortodôntico tem como riscos, a reabsorção radicular externa dos dentes que estão sendo alinhados e elementos adjacentes, mesmo utilizando força ortodôntica adequada e sendo realizado por profissional qualificado. No procedimento cirúrgico existe o risco de dor, desconforto, edema e hemorragia, mesmo sendo realizado por profissional qualificado.

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poças CEP: 27.240-560
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.388.590

Benefícios:

Proporcionará inúmeros benefícios para a paciente, desde o alinhamento dentário, como a melhora da mastigação e auto estima, com impacto positivo na qualidade de vida da mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segunda via do projeto, com correta identificação dos objetivos, da metodologia, dos riscos e benefícios, assim como apresentação das declarações obrigatórias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão pertinentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1880382.pdf	07/04/2022 22:28:43		Acelto
Outros	CartaAnuencia.pdf	08/02/2022 14:50:56	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Outros	Usodelimagem.pdf	02/01/2022 19:09:13	Roberta Mansur Caetano	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/01/2022 19:08:58	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPesquisa.pdf	02/01/2022 19:03:44	Roberta Mansur Caetano	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	02/01/2022 19:03:31	Roberta Mansur Caetano	Acelto

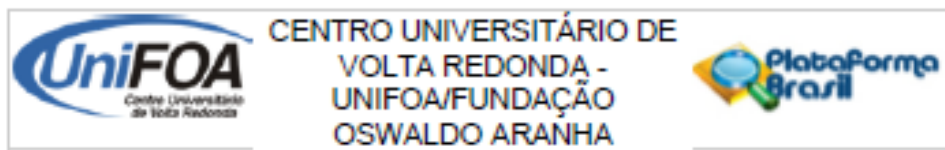
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
 Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poças CEP: 27.240-580
 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
 Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cep@foa.org.br



Continuação do Processo: 5.389.596

VOLTA REDONDA, 05 de Maio de 2022

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cep@foa.org.br