



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANDRESSA SILVA FONTENELE
PEDRO HENRIQUE GOMES AZEVEDO**

**MANEJO CLÍNICO DE TRAUMA DENTÁRIO EM CRIANÇA COM EXTRUSÃO E
DESLOCAMENTO LATERAL: RELATO DE CASO**

**SOBRAL-CE
2025**

ANDRESSA SILVA FONTENELE
PEDRO HENRIQUE GOMES AZEVEDO

MANEJO CLÍNICO DE TRAUMA DENTÁRIO EM CRIANÇA COM EXTRUSÃO E
DESLOCAMENTO LATERAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Odontologia como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia da Universidade
Federal do Ceará, campus Sobral.

Orientadora: Prof^a Dra. Adriana Kelly de
Sousa Santiago Barbosa

Sobral-CE
2025

ANDRESSA SILVA FONTENELE
PEDRO HENRIQUE GOMES AZEVEDO

MANEJO CLÍNICO DE TRAUMA DENTÁRIO EM CRIANÇA COM EXTRUSÃO E
DESLOCAMENTO LATERAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profª Dra. Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Luciano Pimenta Couto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestrando Lucas de Castro da Silva Ribeiro
Faculdade Luciano Feijão (FLF)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F763m Fontenele, Andressa Silva.

Manejo clínico de trauma dentário em criança com extrusão e deslocamento lateral : Relato de Caso /
Andressa Silva Fontenele. – 2023.

47 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,
Curso de Odontologia, Sobral, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa.

1. Extrusão. 2. Luxação. 3. Criança. 4. Traumatismos Dentários. I. Título.

CDD 617.6

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela força, saúde e coragem que me permitiram chegar até aqui. Foram muitos desafios, que, se não fosse pelo auxílio Dele, não estaria aqui.

À minha família, minha base, que, mesmo à distância, sempre esteve ao meu lado, torcendo por mim, rezando por mim. Especialmente meus pais e meus irmãos, tudo isso é por vocês.

Aos meus amigos da UFC, que me ajudaram a aguentar a pressão e tornaram meu dia leve. Alguns destaco: Humberto, minha dupla nos últimos semestres, não teria chegado aqui sem o seu apoio e auxílio. Minha primeira dupla, Flávia, que me acolheu e sempre fez muito por mim. Vou levar para sempre no coração todos esses anos acadêmicos juntos e tudo que fez por mim. Andressa, minha dupla de TCC, que, além de uma grande ajuda, dividiu os momentos de estresse e de alegria.

Meus amigos da turma 14, que o tempo me mostrou serem amigos de verdade, mesmo com o longo tempo sem nos vermos pessoalmente, ainda recebo mensagens, lembranças, torcida e apoio deles, especialmente meu grupo: Abrahão, Giulia, Ivana, Letícia, Mércia, Rebeca e Thayrille.

Minha atual turma, 15, nunca imaginei que fosse ser tão bem recebido e que iria me apegar e levar para minha vida em tão pouco tempo. Vocês foram importantes demais nesses últimos semestres. A todos os meus amigos dessa turma: vocês estão guardados no meu coração.

À minha orientadora, Professora Adriana, toda minha admiração desde a primeira aula ministrada, que me fez gostar e escolher a odontologia através do coração, quando minha cabeça dizia não. Não poderia me despedir da UFC sem sua participação nessa etapa.

À banca avaliadora, Lucas e Professor Luciano, vocês são inspiração e exemplo como profissionais, e irei levar os conhecimentos sempre comigo. Obrigado por aceitar esse compromisso.

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, por toda a intercessão, força, discernimento e bênçãos que me foram concedidas. Seguraram minha mão durante toda essa caminhada, sem Eles e o seu amor eu não sou ninguém.

À minha mãe Maria Cleia e ao meu pai Armando, vocês foram a razão de tudo. Mãe obrigada por ser minha fortaleza, meu exemplo, por me educar, por sempre acreditar em mim, ser sempre minha maior fã, a senhora foi minha força para continuar até o fim, obrigada por lutar tanto pela sua família. Se um dia eu for metade do exemplo de mulher que você foi, eu serei a mulher mais sortuda do mundo. Tudo isso foi para você.

Pai, o senhor que sonhou tanto com esse momento, eu consegui, obrigada por sempre me oferecer o seu melhor, por sempre cuidar de mim, proporcionar meus estudos e todas as oportunidades que o senhor meu deu para esse momento acontecer, por todo seu trabalho e esforço para me manter durante tanto tempo em outra cidade. Isso tudo é por você.

À meus irmãos Armando Filho e Ana Beatriz, obrigada pela torcida, pela dedicação, por segurar a barra em casa enquanto eu estava aqui, por todos os esforços que fizeram por mim junto com os meus pais, obrigada meus irmãos. Aos meus sobrinhos Amanda Maria e Arthur, vocês são minha alegria e saudade, renovam minhas forças.

Aos meus amigos de Sobral, Caroline, Andressa, Jef e Adailson. Vocês foram minha família enquanto eu estava longe de casa, serei eternamente grata por nossa amizade.

Aos meus amigos de graduação, Andressa Santiago, você foi minha força durante muitos momentos, obrigada por tudo. Glória Maria e Igor Maia, obrigada por estarem comigo como meu trio até o fim, minha gratidão a vocês. Thais Ponte e Mariana Linhares, a amizade de vocês alegrou meus dias, obrigada por todo carinho. Matheus Gabriel, minha dupla de clínica que me acolheu e me ensinou muito. Pedro Henrique, minha dupla de trabalho, obrigada pela amizade e ajuda, nós conseguimos.

À minha orientadora Professora Adriana Kelly e a Banca, Professor Luciano Pimenta e Lucas Ribeiro, vocês são inspirações, exemplos de profissionais e pessoas, obrigada por todo conhecimento durante a graduação, admiração imensa.

“Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele,
e ele tudo fará.” Salmos 37:5.

RESUMO

A extrusão dentária constitui uma condição traumática caracterizada pelo deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo. Enquanto o deslocamento lateral é não-axial, podendo deslocar para lingual/palatina ou vestibular. Esses traumatismos afetam três estruturas: dente, porção alveolar e tecidos moles adjacentes, permitindo notar mobilidade óssea e luxação do dente. Este artigo tem por objetivo relatar o manejo clínico do caso de extrusão dentária, sua abordagem inicial, a intervenção terapêutica e o prognóstico do caso. Paciente do sexo masculino, nove anos de idade, encaminhado à clínica de odontopediatria da Universidade Federal do Ceará, Sobral, sofreu um acidente de impacto frontal durante uma brincadeira na cama elástica. Durante a anamnese relatou dor e dificuldade de ocluir. Ao exame físico, foi observada extrusão do dente 21, deslocamento palatino do dente 22 e presença de hematomas na gengiva ao redor. Foram realizadas radiografias periapicais que confirmaram a extrusão do dente 21 e o deslocamento lateral do dente 22. Após o diagnóstico, foi realizado o reposicionamento cirúrgico imediato dos dentes afetados sob anestesia infiltrativa. Devido ao atraso no atendimento inicial, a reposição do elemento 21 foi dificultada pela presença de um coágulo no ápice alveolar, comprometendo seu assentamento adequado. A estabilização foi realizada por meio de uma contenção semi-rígida estendida de canino a canino, a qual permaneceu por um período de três semanas até sua remoção. O paciente retornou após seis meses para acompanhamento e reavaliação radiográfica, sendo observada radiolucidez periapical na região do dente 21, bem como resposta negativa ao teste térmico de vitalidade. Além disso, foi observada presença de dor à percussão vertical nos dentes 21 e 22. O tratamento endodôntico foi realizado em duas sessões clínicas: a primeira, realizou-se o acesso endodôntico, início da instrumentação com limas e medicação intracanal com hidróxido de cálcio; na segunda sessão, procedeu-se pela odontometria, instrumentação com lima memória e obturação dos canais radiculares por meio da técnica de compressão hidráulica vertical, utilizando-se guta-percha e cimento endodôntico à base de óxido de zinco e eugenol. Portanto, é necessário destacar a importância de uma comunicação eficaz em casos de trauma, assim como uma atuação rápida para otimizar o prognóstico e prevenir sequelas, o que muitas vezes não é possível nos serviços de atenção primária devido à ausência do atendimento imediato para esses casos.

Palavras-chave: Extrusão; Luxação; Criança; Traumatismos Dentários.

ABSTRACT

Dental extrusion is a traumatic condition characterized by the partial displacement of the tooth out of the alveolus. Meanwhile, lateral luxation is a non-axial displacement, which can occur in the lingual/palatal or vestibular directions. These injuries affect three main structures: the tooth, the alveolar portion, and the adjacent soft tissues, potentially leading to bone mobility and tooth luxation. This study aims to report the clinical management of a case of dental extrusion, from the initial approach to the therapeutic intervention. A 9-year-old male patient was referred to the Pediatric Dentistry Clinic at the Federal University of Ceará, Sobral campus, after suffering an accident on a trampoline. During anamnesis, he reported pain and difficulty in occlusion. The clinical examination revealed extrusion of tooth 21 and gingival hematomas in the surrounding area. Radiographic examinations confirmed the extrusion of tooth 21 and the lateral luxation of tooth 22. After diagnosis, the affected teeth were repositioned under infiltrative anesthesia. Due to delayed initial care, the repositioning of tooth 21 was hindered by the presence of a blood clot at the apical region, compromising proper seating. Stabilization was achieved through a semi-rigid splint extending from canine to canine, which remained in place for three weeks before removal. Six months post-treatment, the patient returned for follow-up and radiographic reassessment. A periapical radiolucency was observed in the region of tooth 21, along with a negative response to cold sensitivity testing and pain upon vertical percussion in teeth 21 and 22. Endodontic treatment was performed in two clinical sessions. The first session involved endodontic access, initial instrumentation with files, and intracanal medication with calcium hydroxide. The second session included odontometry, instrumentation with memory files, and root canal obturation with gutta-percha and zinc oxide-eugenol-based endodontic sealer. Therefore, this case highlights the importance of effective communication in trauma cases and the need for prompt intervention to improve prognosis and prevent complications. The deficiency in dental care within the public health system is evident, often characterized by a lack of essential supplies and inadequate professional training. These limitations contribute to the underestimation of trauma sequelae, which can significantly impact an individual's quality of life over time.

Keywords: Extrusion; Dislocation; Child; Tooth Injuries.

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Exame Clínico Inicial do Paciente.....	33
Figura 2. Radiografia Inicial.....	33
Figura 3. Registro fotográfico após o reposicionamento.....	34
Figura 4. Instalação da contenção semi-rígida.....	34
Figura 5. Radiografia oclusal com a contenção semi-rígida.....	35
Figura 6. Radiografia após 3 semanas.....	35
Figura 7. Registro fotográfico após 6 meses.....	36
Figura 8. Acesso endodôntico.....	36
Figura 9. Odontometria.....	37
Figura 10. Radiografia de odontometria.....	37
Figura 11. Radiografia após a obturação dos canais.....	38
Figura 12. Imagem final.....	38

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAD	Comprimento Aparente do Dente
CRD	Comprimento Real do Dente
IADT	International Association of Dental Traumatology
NEPTRAUMA	Grupo de Estudos em Pacientes Vítimas de Traumatismo
	Buco-Dentário de Sobral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	11
2 OBJETIVO	13
3 CAPÍTULO I	14
4 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO.....	35
ANEXO B - ACOMPANHAMENTO RADIOGRÁFICO E FOTOGRÁFICO.....	36
ANEXO C - DIRETRIZES PARA AUTORES	43

1 INTRODUÇÃO GERAL

A ocorrência de traumas dentários é uma das situações mais comuns na odontopediatria. Os traumas dentários podem afetar tanto os dentes decíduos, em crianças pequenas que estão dando os primeiros passos, quanto os dentes permanentes, em crianças mais velhas, geralmente durante brincadeiras mais agitadas, como corridas ou futebol. No Brasil, de acordo com os registros, a prevalência de traumas em dentes permanentes é de 21%, enquanto em dentes decíduos é de aproximadamente 35%, sendo mais comum em meninos (De Andrade Vieira et al., 2021).

O trauma dentário é caracterizado por lesões nos tecidos periodontais e nos tecidos duros do dente, que podem ocorrer de diversas formas, como fraturas simples, fraturas com exposição da polpa ou deslocamento dentário, resultante das lesões por luxação (Haung et al., 2024).

A extrusão é um deslocamento no sentido axial, sem que o dente seja desarticulado completamente do alvéolo. A luxação lateral, por outro lado, é um deslocamento não axial, podendo ser lingual/palatino ou vestibular. Em casos de deslocamento discreto, o reposicionamento e a contenção semi-rígida costumam ser suficientes. No entanto, traumas mais severos, como aqueles associados a fraturas do osso alveolar, intrusão, extrusão severa e avulsão, apresentam um prognóstico mais complexo e podem comprometer o desenvolvimento do dente permanente (Levin et al., 2020).

As repercuções do traumatismo dentário podem surgir imediatamente, como dor, comprometimento estético e funcional. No entanto, complicações posteriormente ao acidente também podem ocorrer, como necrose pulpar e reabsorção radicular, decorrente da alta intensidade do trauma ao tecido pulpar, exigindo tratamento endodôntico (Araújo et al., 2022).

Em dentes que não foi concluída a formação completa da raiz dentária, essas repercuções são maiores. Visto que além das paredes radiculares ficarem muito finas e mais suscetíveis a fraturas, não haverá a finalização radicular. Assim técnicas alternativas de

tratamento pulpar para essas condições são necessárias, como o plug apical ou a apicificação. (Silva, 2024)

A realização do tratamento endodôntico no momento adequado após o trauma reduz a probabilidade de complicações dentárias, como lesões periapicais, reabsorções e o escurecimento da coroa. Essas lesões periapicais podem variar de um pequenas dimensões até grande proporções de perda óssea, observando-se grande área radiolúcida nas radiografias (Santos et al., 2022).

2 OBJETIVO

Descrever e analisar o manejo clínico de um caso de trauma dentário em criança, abordando o atendimento inicial, correto diagnóstico, planejamento e tratamento, com ênfase no reposicionamento dentário, contenção semirrígida e tratamento endodôntico.

3 CAPÍTULO I

CAPÍTULO ÚNICO - “Manejo Clínico de Trauma Dentário em Criança com Extrusão e Deslocamento Lateral: Relato de Caso”. Pedro Henrique Gomes Azevedo, Andressa Silva Fontenele, José Luciano Pimenta Couto, Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa. Este artigo será submetido para publicação para Revista “Extensio: Revista Eletrônica de Extensão” (ISSN 1807-0221), que possui classificação B1 do Qualis Referência do Portal de Periódicos da CAPES.

**MANEJO CLÍNICO DE TRAUMA DENTÁRIO EM CRIANÇA COM EXTRUSÃO E
DESLOCAMENTO LATERAL: RELATO DE CASO**

**CLINICAL MANAGEMENT OF DENTAL TRAUMA IN A CHILD WITH
EXTRUSION AND LATERAL LUXATION: CASE REPORT**

Universidade Federal do Ceará Campus Sobral, Sobral, Ceará, Brasil

*Autor para correspondência: Adriana Kelly de Sousa Santiago Barbosa

Rua Conselheiro José Júlio, S/N, Centro, Sobral, Ceará, Brasil

Código Postal: 62.010-820

Telefone: +55 (88) 3695-4622

Email: adriana.barbosa@sobral.ufc.br

RESUMO

Extrusão dentária é uma injúria por luxação que desloca o dente para fora do seu alvéolo no sentido axial, podendo estar associado a possível deslocamento lateral (lingual/palatina ou vestibular). Este trauma afeta o dente, osso alveolar e tecidos periodontais, causando mobilidade dentária elevada. O artigo relata sobre o manejo clínico de uma criança do sexo masculino, de nove anos de idade, atendido na clínica de odontopediatria da UFC-Sobral. Ele sofreu um choque frontal devido a um acidente na cama elástica e apresentou imediatamente dor e dificuldade para fechar a boca. O Exame clínico revelou a presença de extrusão e mobilidade do dente 21 com presença de hematomas gengivais associados, bem como deslocamento lateral do elemento 22 para palatina. Os dentes foram reposicionados sob anestesia, mas a presença de um coágulo apical dificultou o reposicionamento do dente 21. A estabilização foi realizada com contenção semi-rígida de canino a canino por três semanas. Após sete meses de acompanhamento, foi observada presença de radiolucidez periapical na região do 21, dor à percussão e sensibilidade negativa ao teste de vitalidade pulpar. Desta forma, o tratamento endodôntico foi indicado e realizado em duas sessões, que incluiu acesso, instrumentação, medicação intracanal, odontometria e obturação. Desta forma, destaca-se a importância de comunicação eficaz, intervenção rápida e superar as deficiências na assistência odontológica pública, principalmente na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Extrusão; Luxação; Criança; Traumatismos Dentários;

INTRODUÇÃO

O trauma dentário é reconhecido globalmente como um grande problema de saúde pública, sendo classificado como o quinto tipo de lesão mais comum no mundo. Em crianças, essas lesões podem ocorrer tanto nos dentes decíduos quanto nos permanentes, geralmente em situações mais intensas, gerando complicações mais graves. Na fase pré-escolar, as características comportamentais, como a coordenação motora insuficiente e a curiosidade em explorar o ambiente, aumentam a probabilidade de acidentes nessa idade. Dentre locais, os traumas dentários ocorrem principalmente em ambiente domiciliar (38%) e em escolas (32%).¹

Segundo o IADT, International Association of Dental Traumatology, essas lesões são classificadas como traumas em tecidos duros, moles e tecidos de sustentação. As lesões de sustentação, que são onde o dente é deslocado de sua posição devido ao trauma, são classificadas em concussão, subluxação, luxação lateral, luxação intrusiva ou extrusiva e avulsão. No presente artigo, serão destacadas a extrusão e o deslocamento lateral.²

A extrusão é um deslocamento no sentido axial, sem que o dente seja desarticulado completamente do alvéolo. Podendo ser uma extrusão parcial, quando mantém ligação com o ligamento periodontal, ou a extrusão total, quando o dente está quase totalmente deslocado do alvéolo, com alto risco de avulsão completa. As características clínicas incluem alongamento aparente do dente na arcada, mobilidade, sensibilidade dentária à percussão vertical, seguida de sangramento via sulco alveolar.³

Na luxação ou deslocamento lateral, o dente apresenta-se deslocado para uma posição anômala, com inclinação e impactação no osso alveolar. Diferentemente da extrusão, a mobilidade pode estar reduzida devido ao impacto contra a cortical óssea. É importante um exame radiográfico ainda mais minucioso pela prevalência de fratura da lámina dura.⁴

Além das consequências imediatas, como dor e comprometimento funcional e estético, as alterações pulpares agudas estão entre as complicações mais frequentes em dentes traumatizados, sendo quase sempre observadas. Uma das manifestações mais evidentes dessas alterações é a mudança na coloração da coroa clínica, que ocorre devido à ruptura da microcirculação da polpa. Com o rompimento dos capilares sanguíneos, os glóbulos vermelhos extravasam e penetram nos túbulos dentinários, provocando uma alteração de cor que pode variar de tons rosados a arroxeados. Esse escurecimento inicial nem sempre indica necrose, podendo ser transitório conforme a reabsorção dos pigmentos sanguíneos ocorre. No entanto, quando a coloração da coroa evolui para um tom amarronzado ou acinzentado, há uma forte indicação de necrose pulpar, exigindo avaliação clínica e radiográfica para determinar a necessidade de tratamento endodôntico.⁵

Por fim, o atendimento de urgência realizado na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Ceará, campus de Sobral, bem como no projeto de extensão NEPTRAUMA (Grupo de Estudo de Pacientes com Trauma Buco-Dentário de Sobral), desempenha um papel fundamental ao integrar o ensino acadêmico à prática clínica no atendimento à comunidade, proporcionando aos alunos a oportunidade de vivenciar experiências reais em diversas áreas da odontologia. Dentro desse contexto, a escolha do tema se justifica pela alta frequência desses acidentes em ambientes de lazer, onde a demora no atendimento pode agravar o quadro clínico e demandar intervenções mais complexas. Diante disso, o objetivo deste artigo é relatar e discutir o manejo clínico de um caso de traumatismo dentário em um paciente pediátrico, abordando desde o atendimento emergencial até as intervenções endodônticas realizadas.

RELATO DE CASO

Paciente pediátrico, sexo masculino, 9 anos de idade, foi encaminhado à clínica de odontopediatria da Universidade Federal do Ceará, campus de Sobral em 27 de outubro de 2023. Durante uma brincadeira na praça, o paciente colidiu a maxila contra o joelho do amigo na cama elástica. O acidente causou extrusão severa do incisivo central superior esquerdo (21)

e deslocamento lateral para palatina do incisivo lateral superior esquerdo (22). O manejo inicial do paciente foi desfavorável devido ao tempo decorrido entre o acidente até o atendimento inicial, cerca de 17 horas. A mãe do paciente não encontrou atendimento no sistema público de saúde de sua cidade, sendo encaminhada à universidade. Após a realização da anamnese, foi adotado o manejo comportamental não farmacológico, visto que a criança nunca tinha visitado anteriormente um dentista. Dentre as técnicas, aplicou-se o método “dizer-mostrar-fazer”, o qual o procedimento era explicado ao paciente, demonstrado na prática e, por fim, executado, sempre acompanhado por um reforço positivo no final de cada etapa. Radiografias periapicais e oclusais dos dentes afetados, além dos registros fotográficos foram realizados, nos quais foi possível o encurtamento da imagem radiográfica, compatível com luxação extrusiva. O tratamento consistiu no reposicionamento dentário sob anestesia infiltrativa e supraperiosteal com mepivacaína 2%. O dente 21 foi reposicionado ao alvéolo com uma força em direção apical controlada, posteriormente o dente 22 também foi reposicionado. Houve uma resistência no reposicionamento axial do dente 21, pela formação de um coágulo causado devido ao tempo decorrido do acidente até o atendimento adequado, que pode ser visto na ilustração 1. Por fim, foi confeccionada uma contenção semirrígida na face vestibular, estendendo-se de canino a canino, garantindo passividade, ou seja, sem exercer força ou pressão sobre o dente. Para sua fixação, utilizou-se fio ortodôntico trefilado de 0,4 mm e resina composta na face vestibular dos dentes, permanecendo por três semanas. Além disso, foi prescrita amoxicilina 500 mg por via oral, durante sete dias, associada a dipirona 500 mg e ibuprofeno 400 mg para controle da dor e inflamação.

Ilustração 1 - Registro após o reposicionamento dos elementos dentários, 21 e 22.



Fonte: Acervo Pessoal.

No segundo atendimento, o paciente retornou após 22 dias do trauma para a remoção da contenção semirrígida e realização de novas radiografias. Durante o atendimento, avaliou-se a estabilidade dentária, a presença de mobilidade, a condição gengival e a oclusão. Os dentes apresentaram estabilidade e foram reforçadas as instruções de higiene oral, a atenção ao consumo de alimentos de grande força mastigatória e cuidados extras sobre a gravidade de novos traumas.

Ilustração 2. Retorno radiográfico do paciente após 3 semanas. Paciente ainda estava com contenção semi-rígida durante a tomada radiográfica.



Fonte: Acervo Pessoal.

O paciente retornou para atendimento pela terceira vez após 7 meses do trauma. Observou-se que não houve escurecimento ou alteração de cor do dente. Foram realizados os testes de sensibilidade pulpar ao frio e de percussão vertical e horizontal, nos quais se observou sensibilidade reduzida nos dentes 11 e 12 e ausência de resposta nos dentes 21 e 22. Esses achados foram sugestivos de necrose pulpar, sem evidências de comprometimento periodontal. Para confirmação do diagnóstico, foram realizadas novas radiografias, que evidenciaram radiolucidez no ápice do dente 21, sem sinais de perda óssea vertical. A comparação radiográfica demonstrou o fechamento do ápice dos dentes, inclusive daqueles com necrose pulpar, indicando que a polpa radicular ainda mantinha vitalidade.

Ilustração 3. Retorno do paciente após 6 meses. Sem sinais de sequelas clínicas.



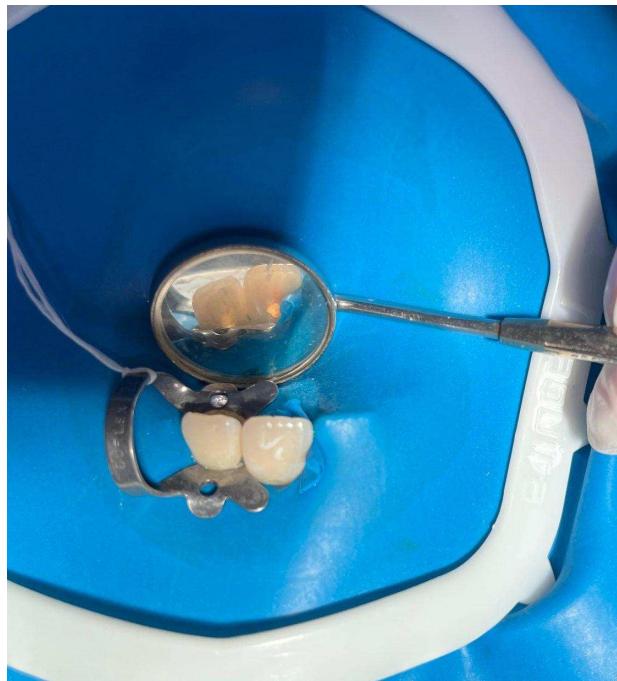
Fonte: Acervo Pessoal.

No quarto atendimento, após um ano do trauma dentário, foi possível visualizar o sucesso do reposicionamento dentário. Nesse momento, foi realizada profilaxia e elaborado o odontograma de planejamento, com os próximos passos para concluir as necessidades do paciente. Foi anotada a necessidade de tratamento endodôntico dos dois dentes afetados, 21 e 22, uma restauração oclusal do elemento 75 e a remoção dos resquícios de resina composta da contenção semirrígida, que foram realizadas durante o atendimento, adiando apenas o tratamento endodôntico para o próximo retorno. Os dentes 11 e 12 não foram incluídos no tratamento endodôntico, pois ambos apresentaram sensibilidade pulpar positiva, sem sinais de comprometimento.

No quinto atendimento, um ano e um mês após o trauma, seguindo o plano de tratamento determinado, foi iniciado o tratamento endodôntico dos dentes 21 e 22. Sob anestesia infiltrativa da região e isolamento absoluto com lençol de borracha, foram realizados os acessos endodônticos. Após medição do comprimento aparente do dente (CAD) pela radiografia, os canais radiculares foram explorados e instrumentados com limas de primeira série (#10, #15 e #20) a 21 mm. Posteriormente os canais radiculares foram preenchidos com uma mistura hidróxido de cálcio em meio aquoso (anestésico de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000) utilizando brocas Lentullo. Os dentes foram restaurados provisoriamente com

cimento restaurador fotopolimerizável à base de ionômero de vidro (Riva Light Cure). Após a checagem da oclusão e acabamento da restauração, o paciente foi liberado.

Ilustração 4. Acesso endodôntico dos dentes 21 e 22.



Fonte: Acervo Pessoal.

No sexto e último atendimento, quase um ano e três meses após o trauma, o paciente retornou para a finalização da fase clínica da terapia pulpar, com a obturação dos canais radiculares. Inicialmente, foi realizada a abertura coronária, seguida pela odontometria, que apresentou no dente 21 um comprimento real de 24 mm e um colo anatômico compatível com uma lima #35, enquanto o 22 apresentou 26 mm de comprimento real e colo anatômico #30. As medidas foram feitas utilizando o localizador apical e confirmada via radiografia periapical. O instrumento memória utilizado no dente 21 foi a lima #50, e no dente 22, a lima #45. A obturação foi concluída com guta-percha calibrada de acordo com batente apical instrumentado e cimento endodôntico de óxido de zinco e eugenol. Em seguida, foi realizada a radiografia comprobatória e o selamento coronário. O paciente está sob acompanhamento e com a orientação de retornar em um mês para a realização da restauração final.

Ilustração 5. Radiografia pós-obturação dos canais radiculares.



Fonte: Acervo Pessoal.

DISCUSSÃO

O manejo inicial do paciente foi comprometido devido ao tempo decorrido do acidente até o atendimento inicial, superior a 17 horas. A mãe da paciente não encontrou atendimento no sistema público de saúde da cidade, seja pela falta de recursos ou pela inexperiência dos cirurgiões-dentistas do local. A dificuldade em obter atendimento inicial pode indicar limitações na atenção primária para casos de traumas dentários, um problema relevante considerando a alta prevalência dessas lesões em crianças.⁵

Lesões dentárias traumáticas geram consequências físicas e emocionais, como dificuldade na mastigação e prejuízos na estética do sorriso, fatores que interferem no bem-estar infantil.⁶ Somados à falta de orientação e os cuidados adequados, pela própria família, o problema é amplificado. Por essa razão, o traumatismo dentário deve ser visto como

questão de saúde pública relevante⁷, exigindo campanhas educativas e ações preventivas que reduzam suas prevalências e seus impactos.⁸⁻⁹

Nesse contexto, outro fator de relevância extrema se encontra na anamnese realizada de forma minuciosa, buscando evitar sequelas futuras ao paciente, com a realização de diagnósticos de forma ágil e cautelosa.¹⁰ Nos casos de luxação lateral, o risco de obliteração ou necrose pulpar é elevado, tornando indispensável um acompanhamento rigoroso.¹¹ Assim, o exame clínico, a história da dor e o monitoramento radiográfico são fundamentais para avaliar a vitalidade pulpar, enquanto os testes de sensibilidade, por não serem totalmente objetivos se não realizados de forma precisa, podem gerar respostas inconsistentes e desconforto na criança.¹²⁻¹³ Portanto, a coleta detalhada de informações, aliada à avaliação clínica e radiográfica, é crucial para evitar falhas diagnósticas decorrentes de uma anamnese inadequada ou respostas inconsistentes do paciente, sendo a ferramenta essencial para identificar possíveis sequelas a longo prazo na vida da criança.

Com o objetivo de minimizar essas consequências, o IADT, Associação Internacional de Traumatologia Dentária, apresenta suas diretrizes com o objetivo de padronizar o atendimento de urgência e melhorar o prognóstico dos dentes traumatizados. As diretrizes mais recentes são datadas de 2020 e ainda não sofreram atualizações, contudo é importante que os profissionais se mantenham informados sobre possíveis revisões futuras, com novas recomendações baseadas em evidências científicas e práticas clínicas.¹⁴

Nessa situação clínica, o tratamento realizado por meio do reposicionamento axial e do uso de contenção semirrígida foi a abordagem inicial indicada. Nesse contexto, em casos de extrusão dentária e deslocamento lateral em que há presença de mobilidade dentária a contenção semi-rígida é indicada por um período de 14 a 21 dias. A reposição imediata e a estabilização dos dentes em suas posições anatomicamente corretas são essenciais para manter o dente traumatizado na posição correta, facilitando o processo de cicatrização do ósseo alveolar e do ligamento periodontal, bem como o suprimento neurovascular, mantendo a integridade funcional e estética.¹⁵⁻¹⁶

Diante da alta probabilidade de necrose pulpar, é imprescindível avaliar a viabilidade do tecido pulpar nas consultas de acompanhamento, indicando a necessidade ou não de tratamento endodôntico com objetivo de prevenir casos de reabsorção radicular inflamatória interna ou externa, comumente associada a esses quadros de trauma.¹⁷

A literatura destaca que dentes com formação radicular completa geralmente evoluem com necrose pulpar. Nesses quadros, o tratamento endodôntico deve ser iniciado por meio da extirpação pulpar e preenchimento radicular com medicação à base de hidróxido de cálcio, havendo ainda questionamentos sobre o tempo adequado dessa medicação até a obturação final. Entretanto, intervalos entre 6 e 12 meses ou até que toda a lâmina dura se torne aparente radiograficamente podem ser utilizados. Posteriormente, a obturação final dos canais radiculares deve ser realizada. Como observado no caso, foi utilizado essa medicação pela presença da lesão apical, sem sinais de reabsorção externa ou interna.¹⁸

Portanto, os traumatismos dentários podem evoluir com complicações tardias, levando a possíveis sequelas ao longo do tempo. Dessa forma, o acompanhamento continuado é indispensável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem adotada possibilitou um reposicionamento dentário bem-sucedido dos dente 21 com luxação extrusiva e dente 22 com deslocamento lateral, mantido por meio de uma contenção semi-rígida e finalizado por um tratamento endodôntico. Com isso, o paciente continua sob acompanhamento, sem problemas oclusais e sequelas clínicas, como alteração de cor da coroa, sendo o protocolo estabelecido um sucesso.

REFERÊNCIAS

1. "COSTA, L. E. D. et al. Dental trauma in childhood: evaluation action of educators in public nurseries from the city of Patos/PB. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 43, p. 402-408, 2014."
2. ALOTAIBI, S.; HAFTEL, A.; WAGNER, N. D. Avulsed Tooth.[Updated 2023 Mar 6]. **StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2023.
3. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell AC, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol*. 2020;36(4):309-13.
4. VIEIRA, D. S. et al. Condutas imediatas frente ao traumatismo dental: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 11, p. e109121143750–e109121143750, 2 nov. 2023.
5. ARAÚJO, Vitória Nunes et al. Análise dos tipos de injúrias traumáticas na dentição decídua: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 9, p. e10884-e10884, 2022.

6. CARNEIRO, Diego Patrik Alves et al. Os traumatismos dentários na primeira infância têm potencial para afetar a qualidade de vida das crianças e das famílias?. **Revista paulista de pediatria**, v. 39, p. e2019329, 2020.
7. ABANTO, Jenny et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. **International journal of paediatric dentistry**, v. 25, n. 1, p. 18-28, 2015.
8. FELDENS, Carlos Alberto et al. Enamel fracture in the primary dentition has no impact on children's quality of life: implications for clinicians and researchers. **Dental Traumatology**, v. 32, n. 2, p. 103-109, 2016.
9. FIRMINO, Ramon Targino et al. Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. **Brazilian oral research**, v. 28, n. 01, p. 01-07, 2014.
10. SOARES, Priscilla Barbosa Ferreira et al. Lateral luxation of incisor-a case report of using a new cone-beam computed tomography software and reposition guideline. **Brazilian dental journal**, v. 31, p. 337-343, 2020.
11. LOSSO, Estela Maris et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. e1-e20, 2011.

12. PACIENTS, FACIAL TRAUMA IN PEDIATRIC. Trauma facial em pacientes pediátricos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 4, n. 2, p. 105-114, 2004.
13. FLORES, Marie Therese. Traumatic injuries in the primary dentition. **Dental traumatology**, v. 18, n. 6, p. 287-298, 2002.
14. WANDERLEY, Maricia Tuolla et al. ¿ Porque o Trauma na dentição decídua é importante?. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v. 4, n. 2, p. 8, 2014.
15. AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC DENTISTRY DENTAL CARE PROGRAMS COMMITTEE et al. Policy on oral health care programs for infants, children, and adolescents. **Pediatric dentistry**, v. 30, n. 7 Suppl, p. 21, 2008.
16. SOUZA, Bruno Luiz Menezes de et al. Manejo de trauma dentoalveolar atípico: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 4, p. 45-50, 2013.
17. HINCKFUSS, Susan Elisabeth; MESSER, Louise Brearley. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part I: timing of pulp extirpation. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 1, p. 32-42, 2009.

18. COSTA, Vanessa Polina Pereira da. **Estudo dos traumatismos alveolodentários na
dentição decídua.** 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.

4 CONCLUSÃO

O presente artigo relata o caso de um menino de nove anos, atendido na clínica de odontopediatria da UFC-Sobral, que sofreu um acidente na cama elástica, apresentando dor e dificuldade oclusal. A intervenção incluiu o reposicionamento dentário, contenção semirrígida e posterior tratamento endodôntico, destacando desafios inerentes ao tempo decorrido até o atendimento inicial. A análise do caso reforça a necessidade de capacitação de profissionais e a melhoria na infraestrutura da rede pública para atender emergências odontológicas. Estudos futuros podem abordar o acompanhamento a longo prazo desses pacientes, bem como a padronização de protocolos de atendimento para otimizar o prognóstico desses traumas.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.** et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 25, n. 1, p. 18-28, 2015.
- ALOTAIBI, S.; HAFTEL, A.; WAGNER, N. D.** Avulsed Tooth. [Updated 2023 Mar 6]. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
- AMERICAN ACADEMY ON PEDIATRIC DENTISTRY DENTAL CARE PROGRAMS COMMITTEE** et al. Policy on oral health care programs for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*, v. 30, n. 7 Suppl, p. 21, 2008.
- ARAÚJO, V. N.** et al. Análise dos tipos de injúrias traumáticas na dentição decídua: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 9, p. e10884-e10884, 2022.
- CARNEIRO, D. P. A.** et al. Os traumatismos dentários na primeira infância têm potencial para afetar a qualidade de vida das crianças e das famílias?. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 39, p. e2019329, 2020.
- COSTA, V. P. P. da.** Estudo dos traumatismos alveolodentários na dentição decídua. 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.
- DE ANDRADE VIEIRA, W.** et al. Prevalence of dental trauma in Brazilian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, 2021.
- FELDENS, C. A.** et al. Enamel fracture in the primary dentition has no impact on children's quality of life: implications for clinicians and researchers. *Dental Traumatology*, v. 32, n. 2, p. 103-109, 2016.

FIRMINO, R. T. et al. Prediction factors for failure to seek treatment following traumatic dental injuries to primary teeth. *Brazilian Oral Research*, v. 28, n. 01, p. 01-07, 2014.

FLORES, M. T. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology*, v. 18, n. 6, p. 287-298, 2002.

HINCKFUSS, S. E.; MESSEY, L. B. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part I: timing of pulp extirpation. *Dental Traumatology*, v. 25, n. 1, p. 32-42, 2009.

HUANG, R. et al. Experts consensus on management of tooth luxation and avulsion. *International Journal of Oral Science*, v. 16, n. 1, p. 57, 2024.

LEVIN, L. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dental Traumatology*, v. 36, n. 4, p. 309-313, 2020.

LOSSO, E. M. et al. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 8, n. 1, p. e1-e20, 2011.

PACIENTS, FACIAL TRAUMA IN PEDIATRIC. Trauma facial em pacientes pediátricos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 4, n. 2, p. 105-114, 2004.

SANTOS, E. L. D. et al. Implicações Endodônticas Em Dentes Traumatizados. *Diálogos & Ciência*, v. 2, n. 2, p. 106-121, 2022.

SOARES, P. B. F. et al. Lateral luxation of incisor-a case report of using a new cone-beam computed tomography software and reposition guideline. *Brazilian Dental Journal*, v. 31, p. 337-343, 2020.

SOUZA, B. L. M. de et al. Manejo de trauma dentoalveolar atípico: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 13, n. 4, p. 45-50, 2013.

SILVA, I. H. S. da. Apicificação radicular dentária: uma revisão. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, [S.I.], v. 17, n. 5, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.5-001.

VIEIRA, D. S. et al. Condutas imediatas frente ao traumatismo dental: Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 11, p. e109121143750-e109121143750, 2023.

WANDERLEY, M. T. et al. ¿Porque o Trauma na dentição decidua é importante?. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, v. 4, n. 2, p. 8, 2014.

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO

Através deste instrumento de autorização, na qualidade de Mãe (mãe/pai/responsável), autorizo a realizarem os atos necessários ao diagnóstico e/ou tratamento odontológico do(a) menor [redacted].

Declaro que não tenho dúvidas a respeito das informações prestadas quanto aos procedimentos de diagnóstico. Outrossim, declaro estar ciente de que os procedimentos a serem realizados não obrigam a realização dos tratamentos odontológicos necessários, caso não correspondam ao perfil para o ensino e pesquisa praticado nesta unidade de ensino. Estou ciente, também, que toda a documentação odonto legal produzida no diagnóstico e tratamento pertence ao prontuário desta faculdade, autorizando sua utilização para fins didáticos e de pesquisa científica, inclusive para divulgação científica. Declaro que respondi todas as questões acima de livre e espontânea vontade, garantindo a veracidade dessas informações, sem omissões. Comprometo-me ainda a informar ao profissional qualquer ocorrência relacionada à saúde.

Autorizo os responsáveis pelo tratamento do(a) menor acima mencionado(a) a realizarem a imobilização parcial ou total do(a) mesmo(a) para exame e/ou tratamento, visando sua proteção e segurança durante o procedimento. Estou consciente de que minha presença na sala de atendimento será permitida quando solicitada pelo profissional.

Sobral (CE), 27 de outubro de 2023.

× Maria de Jesus Silva Dias

Assinatura do Pai, Mãe, Tutor ou Responsável pelo(a) menor

Nome: Maria de Jesus Silva Dias RG: 2007010372782

Fonte: Acervo Pessoal.

ANEXO B - ACOMPANHAMENTO FOTOGRÁFICO E RADIOGRÁFICO

Figura 1. Exame clínico inicial do paciente. Observa-se uma extrusão considerável do dente 21, além de hematomas ao redor da região traumatizada.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 2. Radiografia inicial, visualizando um encurtamento do dente 21 e deslocamento do 22.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 3. Registro após o reposicionamento dos elementos dentários, 21 e 22.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 4. Instalação da contenção semi-rígida, utilizando resina composta e fio trefilado de 0,4 mm de canino a canino.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 5. Radiografia oclusal onde é possível visualizar a presença da contenção semi-rígida de canino a canino.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 6. Retorno radiográfico do paciente após 3 semanas antes da remoção da contenção semi-rígida.



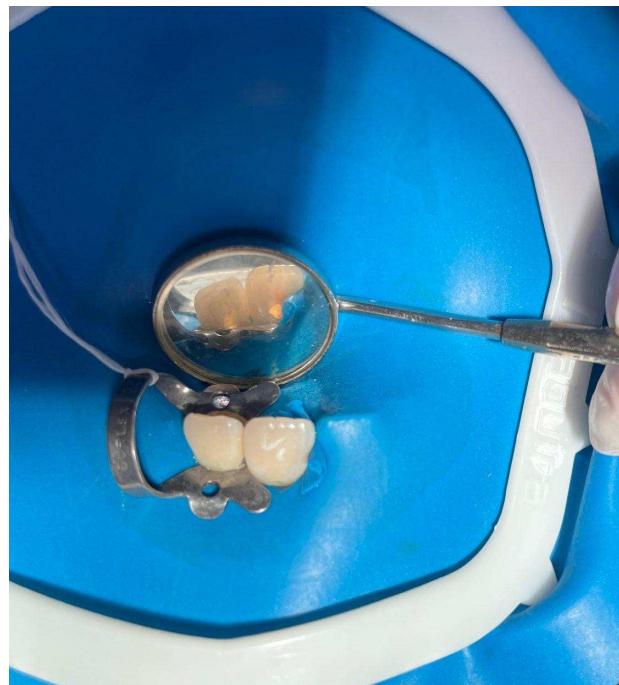
Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 7. Retorno do paciente após 6 meses. É possível notar uma regularização da oclusão. Sem sinais de sequelas clínicas.



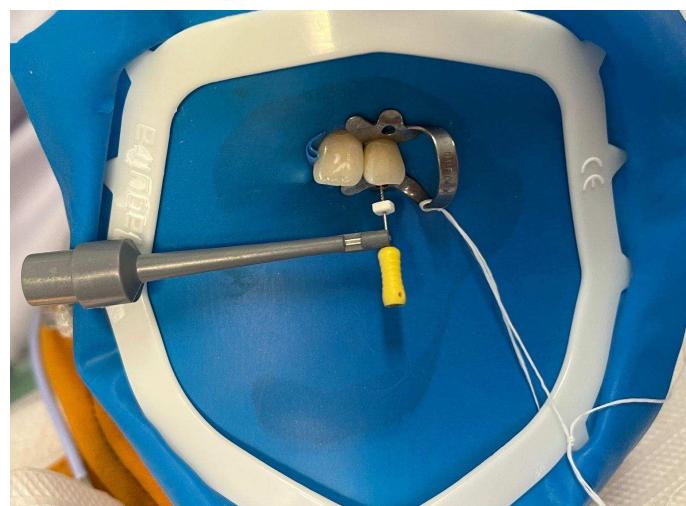
Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 8. Acesso endodôntico dos dentes 21 e 22. Foi utilizado um grampo 00 para o 22 e um pedaço do lençol de borracha para o 21. Seguido de amarras para melhor isolamento.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 9. Registro da odontometria via localizador apical do dente 22.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 10. Radiografia de odontometria, o dente 21 teve um CRD de 24 mm, enquanto o 22 teve um CRD de 27 mm.



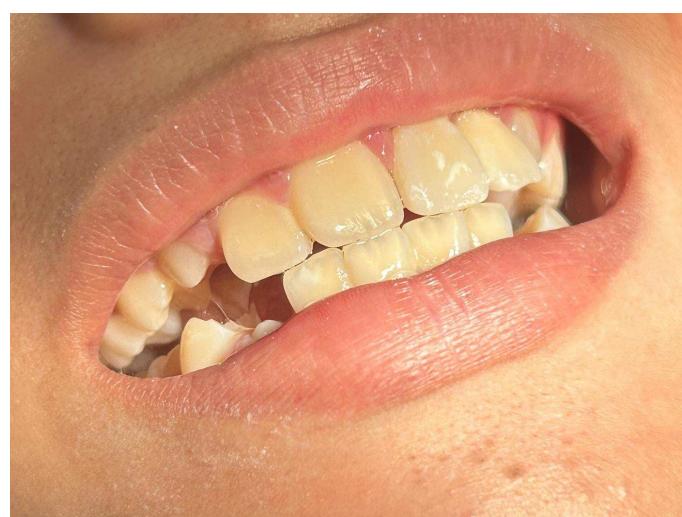
Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 11. Radiografia pós-obturação dos canais radiculares.



Fonte: Acervo Pessoal.

Figura 12. Imagem após a finalização da terapêutica. Pode-se observar a erupção dos caninos definitivos. Constatando que o trauma dentário não afetou a esfoliação dos decíduos e a erupção do sucessor.



Fonte: Acervo Pessoal

ANEXO C - DIRETRIZES PARA AUTORES

Formatação geral do texto

Fonte do texto: Garamond, tamanho 12.

Espaçamento entre linhas: 1,5, exceto resumos e palavras-chave nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Recuo de parágrafo: 1,25 cm, exceto no resumo, abstract e resumen que não devem apresentar recuo.

Alinhamento do texto: justificado.

Margens: superior e lateral esquerda: 3 cm; inferior e lateral direita: 2 cm.

Cabeçalho e rodapé: as medidas para cabeçalho e rodapé são de 1,5 cm.

Número máximo de páginas: 15, incluindo tabelas, quadros, figuras e anexos.

Numeração das páginas: as páginas serão numeradas pela Revista, quando da conclusão do número.

Estrutura e formatação dos títulos das seções

Título do artigo – em caixa alta, negrito, centralizado, fonte Garamond, tamanho 13. O título não deve ultrapassar duas linhas e não precisa ser o nome do projeto de extensão.

Resumo / Abstract / Resumen – as palavras “resumo, abstract e resumen” em negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 9,5, espaçamento simples, com primeira letra maiúscula. O texto do resumo, abstract e resumen devem iniciar logo abaixo de

suas nomeações, sem espaços, mantendo as mesmas formatações, exceto o negrito, não ultrapassando 150 páginas.

Palavras-chave / Keywords / Palavras clave – em negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 9,5, espaçamento simples, com primeira letra maiúscula e ponto final ao término, separando-as. De três a cinco termos/conceitos/expressões.

Introdução – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13. O termo “Introdução” pode ser alterado, caso seja de entendimento do autor. Contudo, o conteúdo exposto na seção deve manter-se conforme as orientações apresentadas no *template*. O texto da seção deve iniciar após um espaço entre título e redação.

Materiais e métodos – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13, após dois espaços da redação da seção anterior. O termo “Materiais e métodos” pode ser alterado, caso seja de entendimento do autor. Contudo, o conteúdo exposto na seção deve manter-se conforme as orientações apresentadas no *template*. O texto da seção deve iniciar após um espaço entre título e redação.

Resultados e análises – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13, após dois espaços da redação da seção anterior. O termo “Resultado e análises” pode ser alterado, caso seja de entendimento do autor. Contudo, o conteúdo exposto na seção deve manter-se conforme as orientações apresentadas no *template*. O texto da seção deve iniciar após um espaço entre título e redação.

Considerações finais – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13, após dois espaços da redação da seção anterior. O termo “Considerações finais” pode ser alterado, caso seja de entendimento do autor. Contudo, o conteúdo exposto na seção deve manter-se conforme as orientações apresentadas no *template*. O texto da seção deve iniciar após um espaço entre título e redação.

Referências – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13, após dois espaços da redação da seção anterior. O texto da seção deve iniciar

após um espaço entre título e redação, com espaçamento simples e as referências devem ser separadas entre si por um espaçamento duplo, conforme ABNT, bem como apresentadas em ordem alfabética.

Anexos/Apêndices – em caixa alta, negrito, alinhamento à esquerda, fonte Garamond, tamanho 13, em nova folha após a seção “Referências”. Os anexos deverão ser intitulados conforme a sequência da numeração romana, seguido por travessão e a delimitação de seu assunto, não ultrapassando três anexos. Os apêndices deverão ser intitulados conforme a sequência alfabética, seguido por travessão e a delimitação de seu assunto, não ultrapassando três apêndices. O texto da seção deve iniciar após um espaço entre título e redação.