



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA
CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO**

JOSÉ ANSELMO DO NASCIMENTO NETO

**TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES
DECÍDUOS: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2025

JOSÉ ANSELMO DO NASCIMENTO NETO

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES
DECÍDUOS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof(a). Me. Karol
Albuquerque Martins Rodrigues.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244t Nascimento Neto, José Anselmo do.
Tratamento não cirúrgico da anquilose dental em molares
decíduos : relato de caso / José Anselmo do Nascimento Neto. -
2025.
41 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Ma. Karol Albuquerque Martins Rodrigues.

1. Anquilose Dentária. 2. Tratamento Conservador. 3.
Restauração Semi-direta. 4. Resina Composta. 5. TEA. I. Título.

CDD 617.6

JOSÉ ANSELMO DO NASCIMENTO NETO

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES
DECÍDUOS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof(a). Me. Karol
Albuquerque Martins Rodrigues.

Aprovado em: 29 / 05 / 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Karol Albuquerque Martins Rodrigues (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dra. Isabella Fernandes Carvalho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Me. Antônia Auri Alves Bitu
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho aos meus amados Pais, Raimundo Ferreira de Souza (In memoriam) e Maria Rosalba Fernandes Ferreira.

Em especial ao meu pai, cujo sonho era ter um dos filhos formado; embora não possa acompanhar esse momento, creio que, do céu, ele celebra comigo essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Jefferson Souza do Nascimento, João Guilherme França do Nascimento e Maria Júlia França do Nascimento, que são pessoais inspirações e motivações para continuar trilhando a seara acadêmica.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste sonho.

À minha orientadora, Prof. Me. Karol Albuquerque Martins Rodrigues, por sua orientação, paciência e valiosa contribuição ao longo desse trabalho;

Aos meus amigos, pelo apoio constante e incentivo nos momentos desafiadores;

À minha irmã, Simone Cristina Fernandes Ferreira, por seu amor incondicional e suporte em cada etapa desta jornada;

Ao prof. Márcia Pinheiro, cuja orientação no ensino médio foi fundamental para minha formação na educação básica;

À amiga Prof. Cristiane Sousa Bastos, por seu exemplo e incentivo pra que eu seguisse esta jornada acadêmica, tornando possível a realização desse projeto;

À Zoraia Nunes Dutra Ferreira, amiga, chefe e diretora adjunta no Museu da Imagem e do Som, pela compreensão dispensada durante o curso, possibilitando minha transferência para o turno noturno, permitindo assim completar a carga horária do estágio conciliando trabalho e estudo;

Ao amigo Jucirlan Da Silva, companheiro de trabalho noturno, por seu apoio nos momentos de cansaço, ajudando-me a manter a energia necessária para continuar;

Ao meu amigo Reginaldo Guerreiro Lima, por seu constante apoio e incentivo, fundamentais para a concretização deste trabalho;

À minha namorada, Lylianne Galdino, minha eterna e profunda gratidão pelo amor, paciência e apoio incondicional durante toda a elaboração deste TCC;

Ser o primeiro membro da família a alcançar a tão sonhada graduação, é uma honra que compartilho com todos vocês.

A todos, minha eterna e profunda gratidão.

RESUMO

A anquilose dentária é uma alteração patológica caracterizada pela fusão entre o cimento radicular e o osso alveolar, com ausência do ligamento periodontal, resultando em infraoclusão e comprometimento da oclusão em pacientes pediátricos. Tradicionalmente, a abordagem terapêutica envolve a exodontia do dente afetado, porém, em casos de infraoclusão leve a moderada, alternativas conservadoras vêm ganhando destaque. Este trabalho apresenta o relato de caso de uma paciente de 10 anos, diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) Nível 1, portadora de anquilose nos molares decíduos inferiores 75 e 85. O tratamento proposto foi conservador, utilizando restaurações semi-diretas Onlay confeccionadas em resina composta, evitando a exodontia. O plano de tratamento foi individualizado e incluiu técnicas de manejo comportamental, como modelagem e reforço positivo, favorecendo a cooperação da paciente durante todas as fases clínicas. O protocolo incluiu desde a moldagem, confecção laboratorial das peças, cimentação adesiva, até o acabamento e polimento final. Após seis meses de acompanhamento clínico e radiográfico, observou-se erupção adequada dos dentes sucessores (35 e 45), restabelecimento funcional e estético, além de alta satisfação por parte da paciente e de sua responsável legal. Este caso reforça a viabilidade, segurança e os benefícios psicossociais do tratamento conservador da anquilose dentária, mesmo em pacientes com necessidades especiais.

Palavras-chave: Anquilose Dentária; Tratamento Conservador; Restauração Semi-direta; Resina Composta; TEA.

ABSTRACT

Dental ankylosis is a pathological condition characterized by the fusion between the root cementum and the alveolar bone, with absence of the periodontal ligament, resulting in infraocclusion and occlusal disturbances in pediatric patients. Traditionally, the treatment involves extraction of the affected tooth; however, in cases of mild to moderate infraocclusion, conservative alternatives have gained prominence. This study reports the clinical case of a 10-year-old female patient diagnosed with Level 1 Autism Spectrum Disorder (ASD), presenting ankylosis in the lower primary molars (75 and 85). A conservative treatment was planned using semi-direct Onlay restorations with composite resin, avoiding extraction. The individualized plan included behavioral management techniques such as modeling and positive reinforcement, ensuring excellent patient cooperation throughout the clinical stages. The protocol involved impression-taking, laboratory fabrication of the restorations, adhesive cementation, and final finishing and polishing. After six months of clinical and radiographic follow-up, proper eruption of the permanent successors (35 and 45), functional and aesthetic restoration, and high patient and guardian satisfaction were observed. This case highlights the feasibility, safety, and psychosocial benefits of conservative management of dental ankylosis, even in patients with special needs.

Keywords: Dental Ankylosis; Conservative Treatment; Semi-direct Restoration; Composite Resin; ASD.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Imagens de perfil extraorais da paciente no primeiro atendimento.....	20
Figura 2 -	Imagens intraorais dos dentes 75 e 85 respectivamente em uma visão lateral observando a infraoclusão dos dentes 75 e 85.....	20
Figura 3 -	Radiografia panorâmica da paciente feita no primeiro atendimento para complementação do diagnóstico clínico.....	21
Figura 4 -	Primeiro Atendimento - Imagem intraoral vista anterior das arcadas superior e inferior em oclusão.....	23
Figura 5 -	Segundo atendimento - Obtenção dos moldes negativo da arcada superior e inferior da paciente em alginato, modelos superior e inferior em gesso pedra especial tipo IV.....	23
Figura 6 -	Terceiro atendimento - Imagem da peça em resina composta no modelo de gesso vista oclusal, e da vista vestibular do lado esquerdo.....	24
Figura 7 -	Quarto atendimento - Imagem do isolamento relativo e imagem intraoral das arcadas em oclusão com a peça cimentada vista vestibular do lado esquerdo do elemento 75.....	25
Figura 8 -	Quinto atendimento - Imagem intraoral em vista oclusal dos dentes 75 e 85 com as peças em resina composta cimentada realizado acabamento e polimento.....	25
Figura 9 -	Imagens antes e depois vista lateral esquerda da paciente após conclusão do tratamento restaurador do dente 75, com restauração semi-direta após cimentada.....	26
Figura 10-	Imagens antes e depois vista lateral direita após cimentação da restauração semi-direta no dente 85, com restabelecimento da altura oclusal.....	26
Figura 11 -	Imagens antes e depois vista oclusal da arcada inferior ao final do tratamento, evidenciando adaptação das restaurações, função mastigatória restabelecida e manutenção de espaço para os dentes sucessores.....	27
Figura 12 -	Radiografia panorâmica da paciente após seis meses de acompanhamento.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivo específicos.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	Anquilose dentária.....	13
3.2	Diagnóstico da Anquilose dentária.....	14
3.3	Manejo da anquilose dentária.....	15
3.4	Reconstrução ou restauração coronária em dentes anquilosados.....	16
4	JUSTIFICATIVA.....	18
5	RELATO DE CASO.....	19
6	DISCUSSÃO.....	27
7	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	35
	APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	37
	APÊNDICE 3 – TERMO DE ANUÊNCIA.....	40
	ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	41

1 INTRODUÇÃO

A anquilose é considerada um fator de má oclusão, todavia sua etiologia ainda não é bem conhecida, podendo estar associada a distúrbio metabólico, desequilíbrio no processo da reabsorção radicular durante a rizólise dos dentes decíduos, predisposição genética e principalmente associado ao traumatismo dentário e a infecção periapical. Estudos observam uma predileção dessa alteração em dentes decíduos quando se compara a dentes permanentes, além de um comprometimento de maior frequência em molares decíduos inferiores que os superiores (Negri *et al.*, 2019).

A anquilose dentária pode ser definida em três condições segundo ao seu grau de nível de infra oclusão, sendo a condição leve, a superfície oclusal estando limitada em torno de 1 mm aquém do nível oclusal, na condição moderada, a superfície oclusal está ao nível do limite de contato dos dentes contíguos, já a condição severa, a localização está ao nível ou aquém do tecido gengival interproximal de uma ou ambas as faces dentais contíguas (Rezende *et al.*, 2019).

O correto diagnóstico da anquilose dentária é importante para a definição do melhor tratamento a ser empregado. Condições clínicas e radiográficas são as principais características que devem ser levadas em consideração durante o diagnóstico de anquilose. Radiograficamente, pode-se verificar a ausência de continuidade do ligamento periodontal na área de fusão do cimento e osso alveolar. Sendo a radiografia periapical a mais indicada, devido oferecer melhor definição, podendo demonstrar mais detalhes (Negri *et al.*, 2019; Pagnoncelli; Oliveira, 1999).

O tratamento da anquilose severa dessa condição implica na exodontia do elemento dentário envolvido e sua futura substituição por uma prótese convencional ou implante dentário, ou até mesmo o fechamento ortodôntico do espaço remanescente (Rezende *et al.*, 2019). Porém, é importante ressaltar que o tratamento depende do grau do envolvimento do dente decíduo e do desenvolvimento do germe permanente (Brito *et al.*, 2010).

Uma possibilidade de tratamento em casos de infra oclusão leve é restabelecer a oclusão por meio de procedimentos restauradores e fazer um acompanhamento longitudinal para observar a rizólise. Vem sendo desenvolvido, nos

últimos anos, técnicas restauradoras com o objetivo de reabilitar o paciente infantil, baseadas no aprimoramento dos materiais restauradores, especialmente no que se diz respeito aos sistemas adesivos, que possibilitam a preservação de maior quantidade do remanescente dentário sadio (Brito *et al.*, 2010; Costa Rank *et al.*, 2003).

Dentre essas técnicas estão as restaurações indiretas com resina composta (Brito *et al.*, 2010; Cavalcanti, 2004). Diante disso, o presente trabalho objetiva relatar o caso clínico, como tratamento alternativo de anquilose dentária em molares decíduos, com restauração indireta com resina composta.

A Odontopediatria, por sua natureza, atende pacientes em fase de desenvolvimento e que normalmente demandam abordagens voltadas para garantir a cooperação e o êxito do tratamento. Dentre os obstáculos encontrados, o atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa uma singularidade que exige conhecimento exclusivo e técnicas de manejo comportamental adaptadas. Este trabalho busca o tratamento não cirúrgico de anquilose dental em molar decíduo, com o diferencial de ter sido realizado em uma paciente com TEA Grau 1 que teve alta colaboração, evidenciando como a aplicação de técnicas específicas pode otimizar o cuidado odontológico para essa população (Araújo *et al.*, 2021; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022; Ferreira *et al.*, 2024).

Quanto mais cedo for a ocorrência da anquilose, mais severas são as consequências para o desenvolvimento do sistema estomatognático e quando a infra oclusão de molares decíduos não é manejada de forma adequada, pode ser responsável por desordens oclusais. Dessa forma, é importante que a escolha do tratamento seja baseada na severidade do caso, na velocidade da progressão da infra oclusão, na idade do paciente, na presença ou ausência do dente sucessor permanente e no grau de comprometimento da oclusão (Brito *et al.*, 2010; Pitoni *et al.*, 2006).

Existem possibilidades distintas de tratamento para anquilose dentária, que variam desde procedimentos mais conservadores com acompanhamento clínico e radiográfico, até procedimentos mais invasivos, como exodontia do dente envolvido (Pitoni *et al.*, 2006).

A decisão clínica de um tratamento de sucesso na anquilose deve-se levar em consideração o grau da patologia e evitar a instalação de desordens oclusais. E

como tratamento conservador, como uma opção clínica indicada é a realização de restaurações indiretas de resina composta, de modo a recuperar anatomia do dente e função (Brito *et al.*, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo objetiva por meio do relato de caso clínico mostrar uma técnica alternativa de tratamento conservador para anquilose dental de molares decíduos leve e moderado, utilizando a técnica de restauração indireta com resina composta.

Realizar uma revisão de literatura explorando os tratamentos da anquilose dentária relacionando-a ao tratamento conservador de restauração com resina composta.

2.2 Objetivo específicos

- Descrever os passos operatórios do tratamento restaurador, descrevendo os materiais restauradores;
- Descrever o tratamento restaurador semi-direto dos dentes 75 e 85 para tratamento de anquilose.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Anquilose dentária

A anquilose dentária dento-alveolar refere-se à fusão anatômica do cimento com osso alveolar, ocorrendo a qualquer momento durante o percurso da erupção, ou mesmo após estabelecimento do contato oclusal. Fatores como: lesões traumáticas dos dentes (intrusão, extrusão ou luxação lateral) são comumente sugeridas como principal fator etiológico para desenvolvimento da anquilose, todavia, outros fatores como: irritação química ou térmica, distúrbios metabólicos, alterações genéticas, podem estar relacionadas também ao seu desenvolvimento (Moreno *et al.*, 2021).

A maior parte dos casos diagnosticados de anquilose são em molares decíduos, onde tem-se a estimativa de anquilose em dente decíduo em 1,5 - 9,9% e ainda não existe estimativa precisa da incidência de anquilose dentária em dentes permanentes. Clinicamente, esses dentes afetados apresentam infra oclusão, porque permanecem em uma posição estática, enquanto os dentes adjacentes se movem verticalmente, em seu processo de erupção normalmente (Hadi A *et al.*, 2018).

A anquilose em molares decíduos pode levar a severas consequências clínicas em relação ao desenvolvimento oclusal, principalmente se o diagnóstico for tardio, como: a infra oclusão e comprometimento vertical do osso alveolar; perda do comprimento do arco; desvio da linha média na direção do dente anquilosado e consequentemente assimetria dental; extrusão do dente vizinho ao anquilosado; e até mesmo a impactação ou alteração do trajeto de erupção do dente sucessor (Kawauchi; Dainesi, 2022).

Um plano de tratamento efetivo e de sucesso está relacionado a realização de um diagnóstico precoce, objetivando evitar ou minimizar as alterações que possam ocorrer no desenvolvimento da oclusão (Kawauchi; Dainesi, 2022).

3.2 Diagnóstico da Anquilose dentária

O exame clínico parece ser o meio de diagnóstico mais adequado na determinação da anquilose dentária, observando algumas características clínicas, como: leve ou moderada infra oclusão do dente acometido; falta de mobilidade dentária, mesmo quando existe um processo de rizólise avançado, ou teste de percussão vertical no dente afetado, onde apresenta um som sólido e metálico (Tieu *et al.*, 2013). Todavia, nem todos os dentes anquilosados irão apresentar esse tipo de som, isso depende da extensão da área anquilosada (Dias *et al.*, 2011).

Porém, quando se tem dentes anquilosados que causem infra oclusão severa, intraóssea ou submucosa no dente afetado o exame radiográfico parece estar mais adequado (Tieu *et al.*, 2013). Com auxílio de um exame complementar do tipo radiográfico, o diagnóstico é concluído. A radiografia periapical permite verificar a ausência de continuidade do ligamento periodontal na área de fusão do cimento e osso alveolar, outros estudos na literatura evidenciam uma obliteração do ligamento periodontal indicando a fusão do cimento radicular com o osso alveolar (Negri *et al.*, 2019).

Todavia, esse diagnóstico radiográfico pode ser afetado devido as características bidimensionais que as imagens radiográficas periapicais apresentam, exibindo limitações como a dificuldade de visualização do examinador da área de fusão entre o cimento e osso alveolar em áreas vestibulares e linguais e até mesmo em áreas de furca que podem apresentar possíveis anquiloses, já que a radiografia periapical mostra somente as áreas proximais do ligamento periodontal, devido a essa característica bidimensional (Kawauchi; Dainesi, 2022).

Quando há a sobreposição de imagens não será possível a comprovação do diagnóstico através da imagem radiográfica, sendo imprescindível o exame clínico sendo utilizado no diagnóstico de molares decíduos com anquilose dentária, principalmente pela ausência de mobilidade dentária do molar decíduo em infra oclusão, mesmo nos casos de reabsorção radicular extensa (Kawauchi; Dainesi, 2022).

3.3 Manejo da anquilose dentária

A melhor conduta a ser escolhida como tratamento da anquilose dentária depende de alguns fatores que são: severidade da infra oclusão do dente acometido; os danos causados na oclusão do paciente; presença ou não do dente sucessor; quantidade de rizogênese e grau de reabsorção do dente em questão (Biavati *et al.*, 2011). O cirurgião-dentista deve compreender os benefícios e malefícios das possibilidades de manejo dessa condição para que ele opte para a conduta que mais beneficie seu paciente (Kawauchi; Dainesi, 2022).

Além disso, outros fatores como idade do paciente e condição sistêmica dos pacientes devem ser analisados para reconhecimento, diagnóstico e tratamento da anquilose dentária. Os tratamentos mais indicados para os dentes anquilosados são: remoção cirúrgica, reconstrução coronária e manutenção com acompanhamento clínico e radiográfico (Halterman, 2013).

Quando se tem principalmente casos de anquiloses leves ou moderadas e quando o sucessor está presente e com menos de 2/3 de formação radicular indica-se como tratamento mais indicado a manutenção do dente anquilosado e seu controle radiográfico, independentemente de qual molar decíduo apresente a condição (Tieu *et al.*, 2013). Além disso, pode-se citar que o molar decíduo anquilosado tende a esfoliar em até 6 meses após a esfoliação do homólogo do lado oposto. Este parece

ser o prazo de monitoramento do dente anquilosado, no manejo da manutenção do mesmo na cavidade bucal. Após este período, caso ainda o dente anquilosado esteja presente, deve-se realizar a exodontia para evitar maiores problemas no desenvolvimento de oclusão. (Kawauchi; Dainesi, 2022).

Este mesmo período de 6 meses indica-se a realização de uma sobre oclusão do dente anquilosado, levando-o a um trauma oclusal, tendo como propósito deste manejo reativar ou acelerar a rizólise do dente afetado, uma vez que a anquilose retardou o processo. Caso não aconteça a esfoliação espontânea neste período de 6 meses de acompanhamento, deve-se lançar mão da extração do dente anquilosado, pois deixar a presença desse dente em cavidade bucal pode levar a algumas consequências (Moura *et al.*, 2015), como:

- Redução do comprimento do arco;
- Defeito no osso alveolar;
- Impactação do sucessor presente;
- Complicações orais;

Dessa maneira, a opção da extração do dente acometido deve ser tomada principalmente em casos de anquiloses severas, com acentuada infra oclusão, ou quando ocorreu uma alteração no trajeto de erupção do dente permanente sucessor. Além disso, a perda do espaço seguida ou não da angulação dos dentes adjacentes ao dente anquilosado, a extrusão do dente antagonista ou a presença do sucessor com mais de 2/3 de formação radiculares podem ser outras indicações para exodontia (Oh *et al.*, 2020; Tieu *et al.*, 2013).

3.4 Reconstrução ou restauração coronária em dentes anquilosados

Atualmente, tem-se promovido manejos mais conservadores nos tratamentos odontológicos, e no tratamento de dentes anquilosados a restauração ou reconstrução coronária do elemento acometido é indicado como forma de tratamento conservador em casos de infra oclusão leve e moderada e início de anquilose tardia em molares decíduos com ou sem o sucessor permanente (Melo, 2011). Podem ser

utilizadas resinas compostas, coroas de aço ou metálica fundida e até mesmo coroas de porcelana (Guimarães *et al.*, 2018).

Indica-se a confecção de coroas confeccionadas em resina composta em dentes anquilosados como uma boa opção clínica de manejo para dentes decíduos com grau moderado e severo de anquilose. Realizando a confecção de restaurações indiretas pode-se evitar a ocorrência de alterações oclusais, além de resultar em um bom resultado estético e uma melhor adaptação marginal comparado a outras opções indicadas. Outras vantagens apontadas para a escolha desse tipo de técnica são a não necessidade de intervenção cirúrgica, são funcionais e representam como uma alternativa de tratamento definitivo e não apenas uma tentativa (Moura *et al.*, 2015).

O principal objetivo desse tipo de tratamento é restaurar a altura cervico-oclusal, os contatos proximais a estética, impedindo que aconteça uma das principais consequências da infra oclusão dos dentes anquilosados que é a inclinação dos dentes adjacentes para o espaço criado pelo baixo nível oclusal do dente anquilosado e extrusão do dente antagonista (Melo, 2011).

A recuperação da dimensão da altura cervico-oclusal do dente anquilosado com resina composta tem demonstrado ser a terapia de eleição mais eficaz, independentemente da presença ou não do sucessor permanente (Madeiro *et al.*, 2005). Dessa forma, o uso de incrementos de resina composta deve ser levado em consideração como boa opção de tratamento quando se requer um material que estético, adesivo e com boa compatibilidade com a cavidade oral (Baratieri *et al.*, 2002).

O uso de restaurações indiretas tem algumas vantagens: resultado estético, reforço da estrutura dental remanescente, maior resistência ao desgaste e melhores propriedades quando comparado ao tratamento com resina composta direta, além de uma melhor adaptação marginal, menor contração de polimerização, facilidade de restabelecer contorno da restauração e maior facilidade de restabelecer os contatos proximais (Brito *et al.*, 2010; Cavalcanti, 2004).

Além disso, essa técnica de utilização de resinas compostas apresentam uma fase laboratorial mais simples, visto que a restauração é construída diretamente sobre o modelo de gesso (Brito *et al.*, 2010).

4 JUSTIFICATIVA

Quanto mais cedo for a ocorrência da anquilose, mais severas são as consequências para o desenvolvimento do sistema estomatognático e quando a infra oclusão de molares decíduos não é manejada de forma adequada, pode ser responsável por desordens oclusais. Dessa forma, é importante que a escolha do tratamento seja baseada na severidade do caso, na velocidade da progressão da infra oclusão, na idade do paciente, na presença ou ausência do dente sucessor permanente e no grau de comprometimento da oclusão (Brito *et al.*, 2010; Pitoni *et al.*, 2006).

Existem possibilidades distintas de tratamento para anquilose dentária, que variam desde procedimentos mais conservadores com acompanhamento clínico e radiográfico, até procedimentos mais invasivos, como exodontia do dente envolvido (Pitoni *et al.*, 2006).

A decisão clínica de um tratamento de sucesso na anquilose deve-se levar em consideração o grau da patologia e evitar a instalação de desordens oclusais. E como tratamento conservador, como uma opção clínica indicada é a realização de restaurações indiretas de resina composta, de modo a recuperar anatomia do dente e função (Brito *et al.*, 2010).

5 RELATO DE CASO

Paciente ISVR, 10 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) compareceu no a clínica escola de Odontologia do Centro Universitário Christus acompanhada de sua representante legal encaminhada pela especialização de Ortodontia. No primeiro atendimento foi realizada toda a anamnese da criança para conhecer suas situações sistêmicas, orais e foi realizado todos os exames físicos e clínicos.

Em sua anamnese, constava o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) Nível 1: A paciente já se encontrava em acompanhamento ortodôntico, utilizando banda alça com placa lábio ativa (PLA) nos dentes 36 e 46, o que demonstrava sua familiaridade prévia com o ambiente clínico odontológico.

Para o entendimento do TEA e suas consequências no atendimento odontológico, é preciso entender que o transtorno é classificado em diferentes níveis

de suporte, que demonstram a gravidade dos sintomas e a demanda de apoio, impactando diretamente a capacidade de cooperação do paciente:

Nível 1: Define indivíduos que precisam de suporte leve. Normalmente tem dificuldades em iniciar interações sociais e manifestam interesses reduzidos ou comportamentos repetitivos. Mesmo podendo existir déficits na comunicação social, a linguagem funcional e as habilidades cognitivas geralmente são mantidas, o que ajuda na autonomia e na capacidade de cooperação, especialmente em ambientes já conhecidos e com suporte adequado.

Nível 2: Compreende indivíduos que precisam de grande suporte. Apresentam déficits salientes na comunicação social verbal e não verbal, mesmo com suporte. A inflexibilidade de comportamento é notório, com complicação para mudar o foco ou as ações, e os comportamentos repetitivos são frequentes, interferindo em diversos cenários.

Nível 3: Está relacionado a indivíduos que necessitam de suporte mais elevado. Apresentam déficits graves na comunicação social verbal e não verbal, causando comprometimentos funcionais severos. Tem grande inflexibilidade e dificuldade extrema em lidar com mudanças, o que pode atrapalhar a cooperação em ambientes não familiares (Araújo *et al.*, 2021; Who, 2023).

Apesar do diagnóstico de TEA Grau 1, a paciente em questão demonstrou capacidade de cooperação e aceitabilidade às instruções desde o primeiro atendimento, o que foi um fator crucial em todas as etapas do tratamento oferecido para a anquilose dental (Ferreira *et al.*, 2024).

Através do exame clínico intraoral, a paciente recebeu o diagnóstico clínico de anquilose dentária nos dentes 75 e 85, foi observado uma infra oclusão dos molares decíduos comparados aos seus dentes adjacentes (Figura 2). Além disso, foi realizada a radiografia panorâmica para fechar o diagnóstico clínico e confirmando então a anquilose dentária nos elementos já citados (Figura 3).

Figura 1 - Imagens de perfil extraorais da paciente no primeiro atendimento



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 2 - Imagens intraorais dos dentes 75 e 85 respectivamente em uma visão lateral observando a infraocclusão dos dentes 75 e 85.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 3 - Radiografia panorâmica da paciente feita no primeiro atendimento para complementação do diagnóstico clínico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Após o exame clínico e anamnese minuciosa associado diagnosticada com anquilose dental classificado como leve e moderada nos dentes 75 e 85, a uma tomada radiográfica, foi definido o tratamento conservador, se opondo ao tratamento mais habitual que seria a extração dos dentes impactados pela anquilose dentária. Foi apresentado como manejo a restauração semi-direta Onlay com resina composta.

Junto ao professor orientador e o responsável legal da paciente, foi decidido o plano de tratamento mais benéfico para a paciente.

Para a realização deste relato de caso, foram obtidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos responsáveis, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) da paciente, e o Termo de Anuência da Instituição de origem, com a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE).

Sequência de atendimentos

A paciente foi submetida a um tratamento odontológico humanizado, seguindo uma sequência clínica.

Primeiro atendimento:

Foi iniciada anamnese detalhada, com histórico médico e odontológico da paciente, realização de exames intraorais e físicos. Foi realizado um exame radiográfico panorâmico para avaliação das estruturas dentárias e ossos alveolar.

Mesmo com diagnóstico de TEA Nível 1, sua capacidade de cooperação e não existindo desafios comportamentais significativos foi possível que o manejo fosse focado em um ambiente previsível e na manutenção dessa colaboração (Ferreira et al., 2024; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

Os atendimentos clínicos foram realizados com uma abordagem acolhedora e previsível. As técnicas de manejo comportamental que se mostraram essenciais e altamente eficazes, dada a colaboração intrínseca da paciente, foram a modelagem e o reforço positivo (Ferreira et al., 2024; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

A modelagem foi realizada de forma rotineira e eficaz: todos os instrumentos que foram utilizados e as etapas dos procedimentos eram apresentados e demonstrados à paciente utilizando um boneco ou na minha própria mão antes de serem utilizados em sua boca. As explicações verbais eram claras e concisas, deixando que a paciente antecipasse as ações e, assim, pudesse cooperar de forma ativa. A resposta da paciente a essa técnica foi um sucesso, se tornando melhor a execução de cada etapa do tratamento da anquilose sem qualquer impedimento.

O reforço positivo foi aplicado constantemente para manter a cooperação. Após cada instrução ou pequena etapa concluída com sucesso – como sentar na cadeira, abrir a boca, permanecer calma durante a aplicação de um anestésico tópico ou permitir a manipulação de instrumentos – a paciente recebia elogios verbais específicos ('Excelente, [nome da paciente]!', 'Que coragem!', 'Muito bem!'). No fim de cada sessão, recompensas tangíveis, como adesivos e a escolha de um pequeno brinquedo, eram oferecidas. Esta combinação de previsibilidade e recompensa foi bastante eficaz, resultando em sessões tranquilas e produtivas, onde a paciente se mostrou muito colaborativa, praticamente não apresentando trabalho adicional em termos de manejo comportamental, e permitindo a execução completa do tratamento da anquilose dental sem intercorrências.

Figura 4 – Primeiro Atendimento - Imagem intraoral vista anterior das arcadas superior e inferior em oclusão.



Fonte: Arquivo pessoal.

Segundo atendimento:

Realizada a moldagem dia 14/09/2023 na paciente feita com alginato, em seguida a confecção do modelo de estudo com gesso tipo IV. Este momento foi fundamental para estudar as características anatômicas e funcionais da cavidade oral da paciente, garantindo maior precisão na peça de resina composta.

Figura 5 – Segundo atendimento - Obtenção dos moldes negativo da arcada superior e inferior da paciente em alginato, modelos superior e inferior em gesso pedra especial tipo IV.

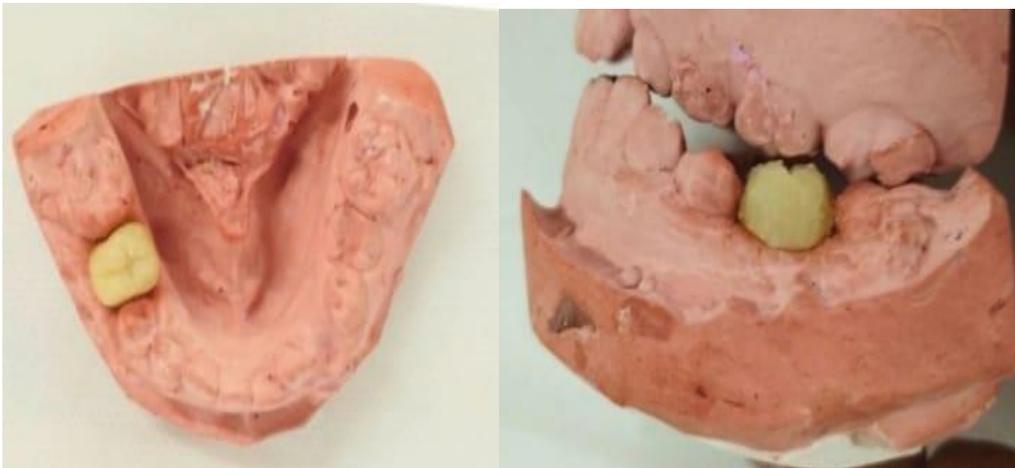


Fonte: Arquivo pessoal

Terceiro atendimento:

No laboratório foi confeccionada a peça semi-direta, utilizando resina composta diretamente no modelo de gesso. A escolha da cor da resina foi feita previamente no primeiro atendimento, utilizando a escala Vita, garantindo a cor ideal. Este cuidado técnico proporcionou maior personalização e satisfação da paciente.

Figura 6 – Terceiro atendimento - Imagem da peça em resina composta no modelo de gesso vista oclusal, e da vista vestibular do lado esquerdo.



Fonte: Arquivo pessoal

Quarto atendimento:

A cimentação da peça iniciou-se utilizando a profilaxia com pedra-pomes, seguida pelo ataque ácido fosfórico a 37%. O isolamento relativo foi estabelecido para assegurar que o campo operatório não fosse contaminado com saliva. O sistema adesivo foi aplicado na peça e em seguida foi cimentada utilizando cimento resinoso dual SETPP, garantindo estabilidade e longevidade à restauração.

Figura 7 – Quarto atendimento - Imagem do isolamento relativo e imagem intraoral das arcadas em oclusão com a peça cimentada vista vestibular do lado esquerdo do elemento 75.



Fonte: Arquivo pessoal.

Quinto atendimento e resultado final:

O acabamento e polimento da restauração semi-direta foram realizados nos dias 23/10/2023 com brocas diamantadas específicas, discos abrasivos e um kit de polimento de resina composta disponível na clínica-escola. Este processo melhorou o brilho, a suavidade das margens e a estética com os dentes adjacentes.

Figura 8 – Quinto atendimento - Imagem intraoral em vista oclusal dos dentes 75 e 85 com as peças em resina composta cimentada realizado acabamento e polimento.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 9 – Imagens antes e depois vista lateral esquerda da paciente após conclusão do tratamento restaurador do dente 75, com restauração semi-direta após cimentada.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 10 – Imagens antes e depois vista lateral direita após cimentação da restauração semi-direta no dente 85, com restabelecimento da altura oclusal.



Fonte: Arquivo pessoal.

Com a finalização do tratamento restaurador e após seis meses de acompanhamento clínico e radiográfico, observou-se manutenção da função mastigatória, preservação do espaço e consequentemente erupção adequada dos dentes sucessores 35 e 45. A seguir, as imagens demonstram o resultado clínico final do antes e depois com as restaurações posicionadas corretamente em vista lateral e oclusal da arcada inferior.

Figura 11 – Imagens antes e depois vista oclusal da arcada inferior ao final do tratamento, evidenciando adaptação das restaurações, função mastigatória restabelecida e manutenção de espaço para os dentes sucessores.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 12 – Radiografia panorâmica da paciente após seis meses de acompanhamento clínico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Observa-se a erupção adequada dos dentes 35 e 45, com restabelecimento da oclusão e melhoria da função mastigatória, demonstrando o sucesso do tratamento conservador com restaurações semi-diretas Onlay em resina composta.

6 DISCUSSÃO

O ambiente clínico, com suas particularidades sensoriais como ruídos, luzes intensas e odores específicos, somadas à necessidade de cooperação a comandos, pode representar um desafio para indivíduos com TEA (Ferreira et al., 2024; Elmore; Bruhn; Bobzien, 2016). No entanto, a aplicação de estratégias de manejo comportamental customizadas, baseadas na compreensão do nível de suporte do paciente e de suas características individuais, é fundamental para

promover a adaptação, reduzir a ansiedade e garantir a efetividade do tratamento odontológico.

As técnicas de manejo comportamental não farmacológicas são preferencialmente utilizadas na Odontopediatria para essa população, buscando aprimorar a comunicação, estabelecer confiança e facilitar a cooperação (American Academy of Pediatric Dentistry, 2022; Ferreira *et al.*, 2024).

Dentre as mais aplicadas e eficazes, destacam-se: **Modelagem:** Esta técnica consiste em apresentar um comportamento desejado através da observação de um modelo. No contexto odontológico, o profissional pode demonstrar o uso dos instrumentos em um boneco, em si mesmo, ou na mão do paciente (se ele permitir). O objetivo é familiarizar a criança com as ações e os instrumentos antes da sua aplicação, reduzindo a ansiedade e promovendo a imitação do comportamento esperado (Ferreira *et al.*, 2024; American Academy of Pediatric Dentistry, 2022).

Reforço Positivo: Considerada uma das ferramentas mais eficazes, o reforço positivo ocorre quando um comportamento desejado é seguido por uma recompensa imediata. Esta recompensa pode ser um elogio verbal ('Muito bem!', 'Que coragem!'), um adesivo, um pequeno brinquedo ou tempo de brincadeira. O objetivo é fortalecer o comportamento positivo, aumentando a probabilidade de que ele se repita nas próximas sessões e associando a experiência odontológica a algo prazeroso.

Outras técnicas, como 'Dizer-Mostrar-Fazer', controle de voz, dessensibilização sistemática e o agendamento de consultas curtas e focadas, também são valiosas para um atendimento bem-sucedido a pacientes com TEA (Ferreira *et al.*, 2024). A escolha da técnica mais apropriada dependerá da avaliação individual do paciente e do seu nível de cooperação (Ferreira *et al.*, 2024; Araújo *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

A anquilose dentária, que afeta dentes decíduos, por vezes é diagnosticada quando ocorre a interrupção na erupção dos dentes, levando à infraoclusão e à retenção prolongada dos elementos acometidos. O manejo dessa condição pode variar desde abordagens conservadoras até a exodontia, dependendo da gravidade do caso e das condições clínicas do paciente.

No caso relatado, optou-se pelo tratamento conservador por meio da restauração semi-direta Onlay com resina composta, visando restabelecer a oclusão e preservar os elementos dentários comprometidos. Essa escolha baseia-se na

evidência de que a reabilitação funcional e estética em dentes anquilosados pode ser alcançada por meio de técnicas restauradoras minimamente invasivas, conforme descrito por Brito et al. (2010) e Guimarães *et al.* (2018).

Estudos demonstram que o uso de restaurações indiretas em dentes decíduos anquilosados é uma alternativa eficaz, pois permite o restabelecimento da oclusão e oferece benefícios funcionais e estéticos importantes para a autoestima do paciente em fase de dentição mista (Rank *et al.*, 2003; Moura *et al.*, 2015). O uso de resina composta para a confecção de inlays ou onlays tem se mostrado uma abordagem eficaz devido à sua versatilidade, durabilidade e capacidade de preservar a estrutura dental remanescente.

A seleção do material restaurador é um fator determinante para o sucesso da terapia. A escolha da resina composta A3,5 visou uma melhor adaptação estética ao dente, considerando a tonalidade compatível com os dentes adjacentes. A cimentação com cimento resinoso SETpp e as técnicas de acabamento e polimento são fundamentais para garantir a longevidade da restauração, minimizando o acúmulo de biofilme e prevenindo doenças periodontais (Cavalcanti, 2004).

Estudos recentes apontam que, além das vantagens funcionais e estéticas, o tratamento conservador evita alterações estruturais no desenvolvimento da oclusão, prevenindo complicações como a inclinação dos dentes adjacentes e a erupção inadequada dos sucessores (Biavati *et al.*, 2011). Além disso, a estabilidade da oclusão é favorecida quando a altura cérvico-oclusal do dente anquilosado é mantida ou restaurada com materiais adequados (Oh *et al.*, 2020).

Outro fator relevante é o impacto da infra oclusão progressiva em longo prazo. Alguns estudos indicam que, sem tratamento adequado, os dentes anquilosados podem causar redução significativa do comprimento do arco dentário, dificultando futuras reabilitações ortodônticas ou protéticas (Kawauchi; Dainesi, 2022). Dessa forma, a restauração semi-direta representa não apenas uma solução imediata, mas também uma estratégia preventiva contra alterações oclusais mais severas.

Além do mais, a reabilitação com restaurações indiretas pode impactar positivamente o desenvolvimento psicossocial do paciente pediátrico. Estudos como os de Halterman (2013) e Moreno *et al.* (2021) salientam que crianças com alterações dentárias visíveis, como infraclusão significativa, podem apresentar insegurança e alterações comportamentais devido à percepção social da estética dentária.

O acompanhamento clínico permanente é essencial para avaliar a conservação da restauração e prevenir complicações, como a infraoclusão progressiva ou dificuldades na erupção dos dentes sucessores. Radiografias periódicas e exames clínicos regulares são indispensáveis para acompanhar a evolução do caso e determinar a necessidade de intervenções futuras (Biavati *et al.*, 2011;Kawauchi; Dainesi, 2022).

Diante das evidências aprofundadas, o tratamento conservador utilizando restaurações semi-diretas Onlay com resina composta demonstrou uma opção viável e eficaz para pacientes com anquilose dentária, proporcionando solução funcional e estética, reduzindo intervenções invasivas e preservando a dentição decídua por mais tempo possível. Essa abordagem fortalece a necessidade de um planejamento individualizado, considerando as particularidades de cada paciente para garantir o sucesso terapêutico a longo prazo.

Este estudo favorece para o conhecimento sobre a abordagem conservadora de dentes decíduos anquilosados e reafirma a importância de considerar soluções personalizadas que atendam às necessidades de cada paciente, respeitando seu desenvolvimento dentário e seus aspectos psicossociais.

7 CONCLUSÃO

O tratamento conservador da anquilose dentária, utilizando restaurações semi-diretas Onlay com resina composta, mostrou-se uma opção eficaz, segura e adequada para a paciente em questão. Essa abordagem minimamente invasiva proporcionou uma solução funcional e estética, preservando os dentes decíduos por mais tempo e evitando a necessidade de exodontia precoce.

Após seis meses de acompanhamento clínico e radiográfico, foi possível observar a erupção adequada dos dentes sucessores (35 e 45), o restabelecimento da oclusão e a melhoria da função mastigatória, confirmando o sucesso terapêutico da intervenção. A radiografia panorâmica final evidenciou esses avanços, sendo um marco importante na documentação da eficácia do tratamento.

A paciente e sua responsável legal demonstraram satisfação com os resultados alcançados, especialmente pela manutenção da estética, da mastigação e pela ausência de procedimentos cirúrgicos invasivos. A experiência positiva no atendimento odontológico também contribuiu para fortalecer a relação de confiança com a equipe clínica, colaborando para futuros acompanhamentos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior guidance for the pediatric dental patient. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. p. 321-39, 2022. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf. Acesso em: 06 mar. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Autism spectrum disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2023. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism>. Acesso em: 08 abr. 2025.

ARAUJO, F. S.; et al. Patients with Autistic Spectrum Disorder and challenge for dental care – literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e496101422317, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22317>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BARATIERI, L. N.; et. al **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos, 2002.

BIAVATI, S. A.; et al. Incidence and distribution of deciduous molar ankylosis, a longitudinal study. **European journal of paediatric dentistry**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 175–178, 1 set. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22077686/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRITO, L. N. S.; et. al. Utilização de Restaurações Indiretas na Reabilitação de Dentes Decíduos Anquilosados. **HU Revista**, [s. l.], v. 36, n. 4, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/hurevista/article/view/1113>. Acesso em: 07 abr. 2025.

CAVALCANTI, A. L. Restaurações indiretas: uma alternativa na clínica odontopediátrica. **Publication UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 10, n. 3, 2004. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/search/authors/view?givenName=Alessandro%20Leite&familyName=Cavalcanti&affiliation=Universidade%20Estadual%20da%20Para%C3%ADba&country=&authorName=Cavalcanti%2C%20Alessandro%20Leite>. Acesso em: 20 mar. 2025.

COSTA RANK, R. C. I.; et. al. Técnica RESTAURADORA semi-direta extra-bucal de molar decíduo em única sessão. (acompanhamento clínico e radiográfico de 2 anos)(Reconstruction of primary molars with inlay using composite resin in ONE sitting.). **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, 2003. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/365>. Acesso em: 06 mar. 2025.

DIAS, C.; et al. Anquilose dentária na dentição decídua e mista: Revisão da literatura. **Full Dent. Sci**, [s.l.], p. 183–185, 2011. Disponível em:

<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/4782>. Acesso em: 06 mar. 2025.

FERREIRA, S. S.; ROCHA, T. P.; ARAÚJO, L. M. S. Manejo odontológico de crianças com transtorno do espectro autista. **Research, Society and Development**, Maringá, v. 10, n. 14, p. e496101422317, 2024. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/download/5049/2857>. Acesso em 20 mar. 2025.

GUIMARÃES, K. S. F. DE M. et al. ESCLARECENDO A ANQUILOSE DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS. **Revista Uningá**, Maringá, v. 55, n. 2, p. 117–128, 12 jun. 2018. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2130>. Acesso em: 05 mar. 2025.

HADI A, et. al. Ankylosed permanent teeth: incidence, etiology and guidelines for clinical management. **Med Dent Res**. 2018.

HALTERMAN, C. Ankylosed primary molars. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 144, n. 9, p. 975, 1 set. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/22857062_Ankylosed_primary_molars. Acesso em: 08 mar. 2025.

KAWAUCHI, M. Y.; DAINESI, E. A. Manejo de molares decíduos anquilosados com a presença de seus respectivos dentes sucessores : Management of ankylosed deciduous molars with the presence of their respective successor teeth. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 21569–21580, 2022. DOI: 10.34119/bjhvr5n5-298. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/53587>. Acesso em: 07 abr. 2025.

MADEIRO, A. T.; et. al. Anquilose dento-alveolar: etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, São Paulo, p. 20–24, 2005. Disponível em: <https://revaracatuba.odo.br/revista/v26n1/pdf/anquilose.pdf>. Acesso em 06 abr. 2025.

MELO, F. **Diagnóstico e tratamento da anquilose alveolodentária**: revisão de literatura. Porto Alegre, RS, 2011. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49040/000828035.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 abr. 2025.

MORENO, L. B.; et. al. ANQUILOSE SEVERA EM DENTIÇÃO DECÍDUA: RELATO DE CASO. **Revista Ciências e Odontologia**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 27–33, 1 ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/1442>. Acesso em: 09 abr. 2025.

MOURA, M. S. de; et al. Restorative Management of Severely Ankylosed Primary Molars. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 82, n. 1, p. 41–46, 15 abr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25909842/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

NEGRI, C. M. ; et al. ANQUILOSE DENTÁRIA EM MOLARES DECÍDUOS: REVISÃO DE LITERATURA. **REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR**, [S. l.], v. 6, n. 2, 2020. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/99>. Acesso em: 21 abr. 2025.

OH, N. Y.; et al. Delayed Spontaneous Eruption of Severely Infraoccluded Primary Second Molar: Two Case Reports. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v. 44, n. 3, p. 185–189, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644898/>. Acesso em 02 abr. 2025.

PAGNONCELLI, S. D.; OLIVEIRA, F. A. M. A utilização da radiografia panorâmica como uma opção de diagnóstico radiográfico inicial em Odontopediatria. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, Curitiba, p. 186–200, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bbo-15204>. Acesso em: 06 abr. 2025.

PITONI, C. M. Restaurações adesivas indiretas opção clínica para molares decíduos em infra-oclusão. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Paraná, v. 47(1), 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2177-0018.2116>. Acesso em: 06 abr. 2025.

SILVA, A. C.; et al. Estratégias para o condicionamento comportamental em pacientes com transtorno do espectro autista durante o atendimento odontológico. **Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, SP, v. 10, n. 16, e16101623078, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/23078/20651/281246>. Acesso em: 04 abr. 2025.

REZENDE, Marcus Vinicius Dutra; SILVA, Matheus Felipe Roberto; MELGAÇO, Camilo Aquino; SANTOS, Paula Carolina Mendes. ANQUILOSE DENTÁRIA,DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v. 17, n. 1, 3 abr. 2019. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/5149/pdf_905. Acesso em 04 abr. 2025.

BATISTA, V. M. A. et al. Manejo Odontológico em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA): revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, AP, Brasil, 2025. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5688>. Acesso em: 06 abr. 2025.

TIEU, L. D.; et al. Management of ankylosed primary molars with premolar successors: A systematic review. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 144, n. 6, p. 602–611, 1 jun. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23729457/>. Acesso em: 06 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism spectrum disorders**. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 06 abr. 2025.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: Tratamento não cirúrgico da anquilose dental em molares decíduos - Relato de caso

Pesquisador/ Responsável: Karol Albuquerque Martins Rodrigues

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Christus

Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Relatar através de um relato de caso clínico, uma técnica alternativa de tratamento para anquilose dental de molares decíduos, utilizando a técnica de restauração indireta com resina composta, para apresentação em forma de Trabalho de Conclusão de Curso, pelo Curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito para conclusão de curso, divulgando assim conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados.

O (a) paciente foi escolhido(a) para participar, pois, possui as características ideais de um paciente com anquilose dental. E não haverá ônus nem pagamento por sua participação na pesquisa;

Após entender e concordar em participar, o caso será utilizado para correta execução e escrita do trabalho.

Risco e Benefícios para o participante

Os riscos para o paciente será apenas em relação ao aparelho, que algumas vezes pode machucar e o incomodo da adaptação. O paciente terá alguns benefícios com o tratamento, como recuperar anatomia do dente e função. A não aceitação deste termo, não irá, de forma alguma influenciar ou alterar o seu tratamento e nem o seu relacionamento com a equipe médica e de apoio.

Confidencialidade

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

No caso de dúvidas relacionadas ao estudo, a aluna José Anselmo do Nascimento Neto e a Dra. Karol Albuquerque Martins poderão ser procurados na Clínica Escola de Odontologia da Unichristus ou ainda no telefone (85) 987901995

Se houver dúvidas sobre os direitos dos participantes, o paciente poderá entrar em contato pelo endereço do pesquisador (a): João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó/Fortaleza – CE, CEP 60190060; Tel: (85) 3265-6668

Marcelo Valdemir da Silva Viana Rodia

Declaração de Consentimento

Concordo que meu caso seja apresentado na Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso ou publicado.

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como a importância deste estudo, seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Eu autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuários médico) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Receberel uma via assinada e datada deste documento.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Eu, Maria Valdeci da Silva Vianna Rocha, RG nº _____, abaixo assinado(a), que concordo de livre e espontânea vontade que meu (minha) filho (a) Isabela da Silva Vianna Rocha nascido (a) em 01/11/2017 participe do estudo proposto e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

* Maria Valdeci da Silva Vianna Rocha
Assinatura do responsável

[Assinatura]
Nome e assinatura do responsável
por obter o consentimento

APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (esclarecimentos para os pesquisadores)

➤ A Resolução CNS466/2012, item II-23 e 24 dos Termos e Definições esclarece: criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

➤ II.24 - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE – documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais;

➤ O Termo de Assentimento deverá ser um novo documento e deve ser confeccionado separadamente do TCLE, de modo a apresentar o Estudo para os menores de idade, com informações em linguagem acessível e de acordo com as faixas etárias destas crianças/adolescentes.

➤ Os pais/responsáveis assinarão o TCLE, consentindo pelos menores de idade. Os menores de idade assinarão o Termo de Assentimento, garantindo que também estão cientes que participarão de um estudo e que receberam todas as informações necessárias, de acordo com a compreensão da faixa etária.

➤ Não existe um modelo-padrão de Termo de Assentimento, sugerido pela CONEP. O(A) pesquisador(a), a partir das faixas etárias dos participantes de seu estudo, decidirá quantos Termos de Assentimento são necessários, por exemplo: um Assentimento para crianças de 6-8 anos, 9-11 anos, outro para crianças de 12-14 anos e outro para 15-17 anos. É decisão do pesquisador o número de Termos de Assentimento para o Estudo. Lembrando que desenhos e figuras podem ser apresentados no Termo de Assentimento, para facilitar a compreensão das informações para os menores de idade. Podem ser até em forma de quadrinhos.

Referências,

Orientações para elaboração dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e dispensa de TCLE. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1LUDeEbdz36qckhtLFh-6Vnb6AdLp5iT/view>

x Manoel Valdim da Silva Viana Rocha

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).

Para crianças e adolescentes (menores de 18 anos) e para legalmente incapaz.

Eu, Karol Albuquerque Martins Rodrigues convido você a participar do estudo TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES DECIDUOS – RELATO DE CASO DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS. Informo que seu pai/mãe ou responsável legal permitiu a sua participação. Pretendo saber a situação de saúde bucal das crianças acompanhadas na Clínica Infantil I e realizar o levantamento dos índices de dentes decíduos cariados, da saúde gengival e possíveis anomalias dentais da população em questão. Gostaria muito de contar com você, mas você não é obrigado a participar e não tem problema se desistir. A pesquisa será feita na Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus, onde as crianças, após a assinatura do termo e do questionário, será realizado o exame clínico, que se caracteriza por uma anamnese criteriosa, onde observamos as necessidades do paciente para o adequado diagnóstico, planejamento e determinação da melhor conduta clínica frente à lesões bucais. Para isso, será usado equipamento de proteção individual, espátula de madeira e kit clínico, que são considerados seguros, não oferecendo riscos para os pacientes. Caso aconteça algo errado, você, seus pais ou responsáveis poderá(ão) nos procurar pelos contatos que estão no final do texto. A sua participação é importante para termos o controle da saúde bucal infantil. As suas informações ficarão sob sigilo, ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, mas sem identificar dados pessoais, vídeos, imagens e áudios de gravações dos participantes (crianças).

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

x Maria Valdeine da Silva Uona Rocha

Eu Maria Valdeni da Silva Vieira Rocha aceito participar da pesquisa (TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES DECIDUOS – RELATO DE CASO DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS). Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva/chateado comigo. Os pesquisadores esclareceram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais/responsável legal. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e quero/concordo em participar da pesquisa/estudo.

Em casos de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisador responsável: Lenof Albuquerque Martins Rodrigues
 Endereço: Rua Dr. Raimundo Guimarães 218 casa 22
 Cep: 61765-270
 Telefone: 85-987466027
 E-mail: dra.karelmarfim@gmail.com

Obs: O participante da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TALE apontando suas assinaturas na última página do referido termo.

x Maria Valdeni da Silva Vieira Rocha

APÊNDICE 3 – TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, **Andreia Galvão Marinho Bonfim** declaro que os pesquisadores Karol Albuquerque Martins Rodrigues e seu aluno de graduação em Odontologia do Centro Universitário José Anselmo do Nascimento Neto estão autorizados a realizar na Clínica Escola de Odontologia - UNICHRISTUS o projeto de pesquisa intitulado: **"TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA ANQUILOSE DENTAL EM MOLARES DECÍDUOS: RELATO DE CASO"**, onde serão utilizados as fotos e os exames do tratamento já realizado na paciente.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos dentro outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia de confidencialidade, do anonimato e da não utilização de informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nessa pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio desse estudo para as pessoas e a comunidade em que foi realizado.

Fortaleza, 14 de maio de 2019

Professora Unichristus
Mestre em Clínica Odontológica UFC
Cirurgia-dentária
UNICHRISTUS

Prof. Andreia Galvão Marinho Bonfim

Responsável Técnico pela Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Unichristus

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 7.112.029

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2264578.pdf	14/08/2024 19:17:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	14/08/2024 18:49:07	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartadoorientador.pdf	21/05/2024 22:44:23	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeanuencia.pdf	21/05/2024 22:43:52	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	21/05/2024 22:43:28	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito
Outros	TALE.pdf	21/05/2024 22:33:06	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/05/2024 22:32:28	JOSE ANSELMO DO NASCIMENTO NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Setembro de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br