CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DANIELLA COELHO FERREIRA

FERNANDA LUÍSA ALMEIDA ARRIEL

HELENA RAMOS LOPES

SAMARA MORAIS DOS SANTOS

TATIELLE CARDOSO RESENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2022

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

DANIELLA COELHO FERREIRA

FERNANDA LUÍSA ALMEIDA ARRIEL

HELENA RAMOS LOPES

SAMARA MORAIS DOS SANTOS

TATIELLE CARDOSO RESENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras como parte das exigências do curso de graduação em Odontologia.
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino

LAVRAS–MG

2022

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

O26 Odontopediatria e endodontia / Daniella Coelho Ferreira, Fernanda Luísa Almeida Arriel, Helena Ramos Lopes, Samara Morais Dos Santos, Tatielle Cardoso Resende – Lavras: Unilavras, 2022.

74 f.: il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras, Lavras, 2022.

Orientador: Prof.ª Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino

1. Hipomineralização molar-incisivo. 2. Frenectomia labial superior. Odontopediatria. 4. Necropulpectomia. I. Ferreira, Daniella Coelho. II. Arriel, Fernanda Luísa Almeida. III. Lopes, Helena Ramos. IV. Santos, Samara Morais dos. V. Resende, Tatielle Cardoso. VI. Tourino, Luciana Fonseca de Pádua (Orient.). VI. Título.

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

DANIELLA COELHO FERREIRA

FERNANDA LUÍSA ALMEIDA ARRIEL

HELENA RAMOS LOPES

SAMARA MORAIS DOS SANTOS

TATIELLE CARDOSO RESENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências do curso de graduação em Odontologia.

_____ EM: 17 de outubro de 2022.

ORIENTADORA

Profa. Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino/Centro Universitário de Lavras

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux/Centro Universitário de Lavras

LAVRAS–MG

2022

AGRADECIMENTOS

O grupo responsável por este portfólio gostaria de iniciar os agradecimentos direcionando nossa gratidão Àquele que nos guia, protege e que nos deu a vida: Deus.

Agradecemos nossos pais, que são os principais construtores desse sonho, que é a graduação. Juntamente a eles, agradecemos aos irmãos de cada integrante, familiares e amigos que contribuíram emanando energias positivas para esse processo.

Reforçamos nossos agradecimentos aos professores e mestres que durante esses 5 anos foram nossos guias, e agradecemos por todos os conhecimentos compartilhados. Principalmente aos que estiveram envolvidos nos casos apresentados, coordenando-nos para melhores resultados, que são: Prof. Me. Ricardo Augusto Barbosa, Profa. Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino, Prof. Me. Luís Otávio de Oliveira e Prof. Dr. Marcone Reis Luís. E, também, ao nosso coordenador Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca, pelo excelente trabalho desempenhado conosco.

À toda equipe UNILAVRAS, diretores e administradores, funcionários em geral e, em especial, a nossas recepcionistas Maria e Gislaine que sempre nos receberam de braços abertos. E Shirley, Djeane e Lu pela assistência e paciência.

No entanto, nosso maior agradecimento à nossa orientadora Profa. Dra. Luciana Fonseca P. Gonçalves Tourino, por esse período que contribuiu com os nossos projetos, com toda calma, carinho e atenção, de forma objetiva e de grande sabedoria.

Por fim, agradecemos pelos laços estreitados nesse grupo, com nossas trocas de experiências, dedicação, amor e cuidado mútuo que fizeram com que essa etapa seja concluída de uma forma mais leve.

"As grandes coisas não se realizam sem grandes dificuldades. "

Voltaire

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Situação clínica inicial. 15
Figura 2 - Aplicação do laser nos incisivos centrais superiores. 16
Figura 3 - Aspecto clínico do dente 11 após profilaxia. 17
Figura 4 - Restauração com resina composta na face palatina do dente 11. 17
Figura 5 - Resultado final da restauração com resina composta na face vestibular do dente 11 e vestibular do dente 12. 17
Figura 6 - Pós-operatório imediato da restauração do dente 21. 18
Figura 7 - Hemiarco inferior direito após raspagem com ultrassom e restauração com resina composta do dente 46. 19
Figura 8 - Dentes 75 e 36 afetados pela HMI, com fraturas pós-irruptivas nas regiões hipomineralizadas. 19
Figura 9 - Dentes anteriores inferiores, após raspagem com ultrassom. 20
Figura 10 - Visão geral da situação da paciente após os procedimentos realizados. 20
Figura 11 - Exame clínico: diastema interincisivo e tracionamento do freio com inserção penetrante na papila. 22
Figura 12 - Radiografa periapical como exame complementar. 23
Figura 13 - Mesa cirúrgica montada. 24
Figura 14 - Anestesia pela técnica infiltrativa. 25
Figura 15 - Anestesia pela técnica nasopalatina. 25
Figura 16 - Pinçamento do freio. 26
Figura 17 - Primeira incisão: na base do freio. 27
Figura 18 - Incisões em forma de “V”. 27
Figura 19 - Pinçamento do freio para posterior excisão. 28
Figura 20 - Visão imediata após remoção total do freio. 28
Figura 21 - Deslocamento e remoção das fibras com gaze estéril. 29
Figura 22 - Visão imediata após a cirurgia. 30
Figura 23 - Proteção da ferida cirúrgica com cimento cirúrgico. 31
Figura 24 - Proteção da ferida cirúrgica que se estende até a incisão realizada no palato. 31
Figura 25 - Receituário. 32
Figura 26 - Remoção da sutura após 7 dias e reparação inicial. 33
Figura 27 - Aspecto clínico inicial dos dentes anteriores. 37

Figura 28 - Radiografia periapical dos dentes incisivos superiores decíduos. 37
Figura 29 - Macromodelo usado para orientação de higiene bucal. 38
Figura 30 - Escova de Robson, Micromotor e caneta de baixa rotação usados durante a profilaxia. 39
Figura 31 - Foto do resultado final do tratamento. 40
Figura 32 - Radiografia panorâmica do dente 23 incluso. 42
Figura 33 - Radiografia periapical do dente 23 incluso. 43
Figura 34 - Radiografia periapical do dente 23 após o tracionamento ortodôntico. 43
Figura 35 - Radiografia periapical de estudo. 45
Figura 36 - Radiografia da odontometria. 46
Figura 37 - Radiografia da lima memória. 47
Figura 38 - Radiografia da pasta de hidróxido de cálcio. 48
Figura 39 - Radiografia do cone principal. 49
Figura 40 - Radiografia final. 50
Figura 41 - Radiografia periapical depois de dois meses do tratamento endodôntico concluído. 51
Figura 42 - Radiografia de estudo. 54
Figura 43 - Motor rotatório com suas limas rotatórias. 57
Figura 44 - Localizador apical. 57
Figura 45 - Radiografia de conometria do dente 25. 58
Figura 46 - Radiografia final do dente 25. 59
Figura 47 - Radiografia após preparo do conduto para pino do dente 25. 59
Figura 48 - Imagens da tomografia computadorizada do dente 25. 60
Figura 49 - Imagens da tomografia computadorizada do dente 25. 61

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Medidas do comprimento aparente do dente (CAD) e comprimento real do instrumento (CRI). 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPA	Bisfenol A
CAD	Comprimento aparente do dente
CO	Comprimento de Obturação
CPI	Cárie na Primeira Infância
CRD	Comprimento real do dente
CRI	Comprimento real do instrumento
CRT	Comprimento real de trabalho
CT	Comprimento de trabalho
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
EDTA	Ácido Etilenodiamino tetra-acético
HC	Hidróxido de cálcio
HL	Haste longa
HMI	Hipomineralização Molar Incisivo
IAF	Instrumental Apical foramidal
IAI	Instrumental apical inicial
NITI	Níquel Titânio
PROUNI	Programa Universidade para todos
PSF	Programa de Saúde da Família
PUI	Passive Ultrassonic Irrigation
TC	Tomografia computadorizada
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **11**
2 DESENVOLVIMENTO **13**
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Daniella Coelho Ferreira 13
2.1.1 Desenvolvimento da atividade 14
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Fernanda Luísa Almeida Arriel 21
2.2.1 Desenvolvimento da atividade 21
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Helena Ramos Lopes 33
2.3.1 Desenvolvimento da atividade 35
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Samara Morais dos Santos 41
2.4.1 Desenvolvimento da atividade 41
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Tatielle Cardoso Resende 52
2.5.1 Desenvolvimento da atividade 53
3 AUTOAVALIAÇÃO **62**
3.1 Autoavaliação da aluna Daniella Coelho Ferreira 62
3.2 Autoavaliação da aluna Fernanda Luísa Almeida Arriel 62
3.3 Autoavaliação da aluna Helena Ramos Lopes 63
3.4 Autoavaliação da aluna Samara Morais dos Santos 64
3.5 Autoavaliação da aluna Tatielle Cardoso Resende 65
4 CONCLUSÃO **67**
REFERÊNCIAS **68**

1 INTRODUÇÃO

A graduação nos ensinou que a Odontologia vai além dos cuidados com a saúde bucal e sua manutenção, mas também do paciente como um todo, de modo que a excelência do nosso trabalho influencia diretamente em sua saúde física e emocional, melhorando a qualidade de vida desde bebês até adultos e idosos. Para que fosse possível desenvolver esse trabalho integrado, tivemos a ajuda de professores capacitados em todas as especialidades odontológicas e seus ensinamentos, permitindo-nos conhecimento para que pudéssemos realizar com excelência este trabalho de conclusão de curso.

A aluna Daniella Coelho Ferreira apresentará o caso de uma paciente que atendeu no Estágio de Pacientes Especiais, que se apresentava com a saúde bucal em estado bem crítico e com vários dentes acometidos por Hipomineralização Molar Incisivo. Será relatado como foram os atendimentos, o tratamento realizado e também um pouco do histórico familiar da paciente.

Fernanda Luísa Almeida Arriel descreverá o caso de uma cirurgia de Frenectomia Labial Superior, no qual o freio labial apresentava inserção penetrante na papila causando diastema interincisivo, que gerava incômodo e insatisfação estética em uma paciente de 11 anos de idade. O caso foi realizado em setembro 2021, na Clínica Infantil do UNILAVRAS.

A aluna Helena Ramos Lopes também relatará um caso realizado na Clínica Infantil do UNILAVRAS, no qual foi restaurado não somente as coroas dos dentes decíduos anteriores superiores de um paciente de 6 anos de idade, como também sua estética, funcionalidade e autoestima. Além de apresentar a técnica feita, mostrará como o convívio social e a escovação monitorada por um adulto fazem a diferença na saúde bucal da criança.

A aluna Samara Morais dos Santos apresentará o caso de um paciente que compareceu na Clínica de Atividade Vocacional de Periodontia a fim da colocação de implante no dente 23. Após a avaliação clínica e radiográfica, constatou-se que poderia ser feita a endodontia do elemento dentário visando melhorar a estrutura óssea e o condicionamento tecidual. O paciente foi orientado em relação às opções de tratamento, seus riscos e benefícios, e optou por salvar o dente realizando a endodontia.

A aluna Tatielle Cardoso Resende apresentará o caso de um paciente atendido na clínica da disciplina de Atividade Vocacional de Endodontia, onde o paciente compareceu e relatou que havia sofrido um trauma de patinete que resultou em uma fratura coronorradicular bastante

extensa na face palatina no dente 25. Isso posto, após uma detalhada anamnese, exame clínico e radiográfico, constatou-se que o paciente apresentava uma pulpite irreversível no elemento dental. Assim, o tratamento proposto foi uma biopulpectomia. No entanto, mesmo após a conclusão, o paciente apresentou uma fístula no dente, no qual foi constatado uma descontinuidade da estrutura dentária no terço apical, sendo indicado a exodontia.

Portanto, o objetivo deste portfólio foi descrever experiências, conhecimentos e práticas do cirurgião dentista, as quais foram de extrema importância durante nossa graduação.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Daniella Coelho Ferreira

Meu nome é Daniella Coelho Ferreira, tenho 28 anos, sou natural de Campo Belo. Sempre fui apaixonada pela área da saúde como um todo, mas não sabia ao certo qual caminho seguir. Iniciei meu contato com a Odontologia quando trabalhei por um período em um consultório de dois dentistas excelentes da minha cidade, que despertaram em mim uma admiração muito grande por essa profissão. Porém, vivi algumas experiências antes de escolher realmente a Odontologia. Iniciei o curso de Psicologia logo que concluí o ensino médio, mas ainda não tinha certeza se era isso que queria, então preferi amadurecer mais sobre o que eu estava buscando e abandonei o curso.

Voltei para a minha cidade e resolvi que iria trabalhar até decidir o que eu realmente buscaria como profissão. Foi então que surgiu a oportunidade de trabalhar em um escritório de contabilidade, onde entrei com o intuito somente de ter uma renda mesmo, porém, foram surgindo oportunidades de crescimento lá e fui distanciando do sonho que eu tinha de ser uma profissional da área da saúde e acomodando naquela profissão que estava me escolhendo, os papéis estavam sendo invertidos. Eu gostava de me desenvolver lá e principalmente da minha independência financeira, mas aquele lugar não me deixava feliz nem realizada da forma como eu me imaginava, em um lugar em que eu pudesse me envolver e cuidar de pessoas. Fiquei lá por alguns anos, mas a cada dia tinha mais certeza de que aquele não era o meu lugar.

O medo e a insegurança de abrir mão da minha independência financeira e apostar naquele sonho que tinha ficado para trás e voltar para faculdade dominaram-me por algum tempo, mas eu tinha o apoio das pessoas que eu amava e o incentivo do meu namorado falando todos os dias comigo que eu não iria me arrepender jamais de buscar o que eu desejava, mesmo que isso me tirasse totalmente da minha zona de conforto. Então eu voltei a olhar para a Odontologia como algo que eu gostaria para minha vida. Foi quando decidi fazer o vestibular sem nem saber como seria se eu realmente passasse. Mas eu acreditava tanto que Deus já tinha tudo escrito, que tudo foi acontecendo. Eu passei, e as portas foram se abrindo, e aquele sonho que parecia distante e quase impossível foi se tornando cada dia mais desejado e mais próximo de acontecer.

De todas as experiências que vivi durante o curso, escolhi um caso que atendi no Estágio de Pacientes Especiais de uma paciente de 9 anos que apresentava vários dentes acometidos pela Hipomineralização molar-incisivo, além de ter uma história de vida bem tocante.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

O caso que escolhi apresentar é de uma paciente que atendi no Estágio de Pacientes Especiais. Esse estágio me proporcionou experiências muito gratificantes, uma delas foi dessa paciente de 9 anos, que foi encaminhada pelo cirurgião-dentista que atua no Programa de Saúde da Família (PSF), apresentando Hipomineralização molar-incisivo (HMI).

Os dentes são revestidos por tecido mineralizado composto por esmalte e podem sofrer alterações na formação desse esmalte, acarretando em anomalias de esmalte que podem se apresentar em diversos estágios da amelogênese, classificando-se sob designação de hipomineralizações e hipoplasias (SPEZZIA, 2019).

A Hipomineralização molar-incisivo é um defeito de esmalte que tem desafiado os cirurgiões-dentistas. O termo caracteriza um defeito nos tecidos mineralizados com causa sistêmica, podendo acometer um ou até mesmo todos os quatro primeiros molares permanentes, associados ou não a alteração dos incisivos. Clinicamente, apresenta-se assimetricamente cuja severidade pode variar de opacidade demarcada a grandes perdas estruturais (DOMINGOS et al., 2019). Além dos primeiros molares e incisivos, outros dentes como os segundos pré-molares e caninos permanentes também podem ser acometidos, assim como alguns decíduos, podendo ser os segundos molares (SPEZZIA, 2019).

No que diz respeito à etiologia, não existem dados conclusivos, porém inúmeros fatores podem estar associados com a HMI, dentre eles complicações pré-natais, parto prematuro, doenças de infância acompanhadas de febre alta nos três primeiros anos de vida, exposição a poluentes ambientais como, por exemplo, o BPA (Bisfenol A), assim como a possível associação genética entre outros (ALALUUSUA, 2010).

Além dos problemas dentários e da situação crítica que os dentes estavam, ela é uma criança que tinha a idade hormonal precoce, disritmia e apresentava um certo atraso ainda não muito bem diagnosticado. Muito tímida, mal conseguia ouvir sua voz, chegou muito insegura, sentindo muita dor devido à sensibilidade nos dentes e uma saúde periodontal bastante comprometida por acúmulo de placa bacteriana e tártaro. A figura 1 (A-D) mostra a situação clínica inicial.

Figura 1 - Situação clínica inicial.

(A)– Vista frontal, (B) – incisivos centrais com grande quantidade de placa espessa, especialmente nas áreas acometidas pela hipomineralização, (C) – vista lingual dos dentes anteriores inferiores, (D) – vista vestibular dos dentes anteriores inferiores. **Fonte:** Arquivo da autora (2022).

Na primeira consulta juntamente com a professora Luciana, conversamos bastante com a mãe e o padrasto, para compreender melhor sobre sua saúde, rotina e seu comportamento. Percebemos que ela vivia em um ambiente conflituoso, onde a mãe e o pai biológico enfrentavam uma briga na justiça devido a algumas acusações que a mãe fez em relação ao pai. Toda essa situação mexe muito com a saúde física e mental dela. Ficamos bastante comovidos com tudo isso.

Estudos mostram uma relação direta entre a HMI e a experiência de cárie. Devido ao esmalte ser macio e poroso desses dentes afetados com HMI, pode ocorrer cavitação atípica e desintegração do esmalte na superfície oclusal, deixando o remanescente dentinário exposto. Essa estrutura do esmalte defeituoso pode causar cáries e hipersensibilidade (AHMADI; RAMAZANI; NOURINASAB, 2012). Os objetivos do tratamento dessa condição seria alívio da sensibilidade, melhora na estética e função dos dentes (VILANI et al., 2014).

Por isso optamos por iniciar o tratamento da paciente com laserterapia para aliviar um pouco a sensibilidade que ela tinha, para que conseguíssemos começar a adequação do meio bucal dela com mais tranquilidade e conforto (Figuras 2 A-B).

Figura 2 - Aplicação do laser nos incisivos centrais superiores.

(A) Aplicação do laser nos incisivos centrais superiores. (B) Aplicação do laser nos primeiros molares permanentes. **Fonte:** Arquivo da autora (2022).

A laserterapia vem sendo utilizada em pacientes com HMI como agente dessensibilizante, uma vez que seu uso em baixa potência pode promover reparação tecidual, além de ter ação anti-inflamatória e analgésica (MUNIZ, 2019).

Aos poucos fui conseguindo conquistar a confiança da paciente e fazer um exame clínico mais detalhado, mas ainda assim era difícil avaliar se havia lesões cariosas, devido à grande quantidade de biofilme espesso e à sensibilidade.

Em relação ao exame radiográfico, devido à dificuldade de colaboração da paciente, optamos por realizá-lo posteriormente, à medida em que eu fosse conquistando a confiança dela e ela se mostrasse menos apreensiva.

No atendimento seguinte, com a paciente sob efeito de anestesia local, conseguimos fazer a profilaxia dos dentes 11 e 12, o que possibilitou uma avaliação clínica adequada dos elementos dentários. Constatei que o dente 11 estava bastante acometido por HMI, apresentando fratura pós-irruptiva e lesão cariosa ativa com cavitação (Figura 3). Foi realizada a restauração com resina composta na face vestibular e palatina do dente 11 e vestibular do dente 12 (Figuras 4 e 5). Apesar de chorar bastante durante todo o procedimento, a paciente se mostrou feliz por ter seus dentes restaurados.

Figura 3 - Aspecto clínico do dente 11 após profilaxia.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Figura 4 - Restauração com resina composta na face palatina do dente 11.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Figura 5 - Resultado final imediato da restauração com resina composta na face vestibular do dente 11 e vestibular do dente 12.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

A paciente retornou para a próxima consulta um pouco mais confiante e relatando ter diminuído um pouco a sensibilidade. Repetimos o procedimento anterior no dente 21 e também

o restauramos com resina composta. A figura 6 mostra os incisivos anteriores superiores restaurados.

Com isso, concluímos a etapa de urgência, pois conseguimos uma melhora significativa nos dentes que apresentavam maior sensibilidade, impossibilitando até mesmo a remoção diária do biofilme. Apesar disso, em todas as consultas foram feitas orientações de higiene bucal com intuito de motivar a paciente a melhorar os hábitos de higiene bucal. Devido à sensibilidade que a paciente sentia ao escovar os dentes, só fomos conseguindo observar uma discreta melhora na higiene bucal à medida em que os dentes com HMI eram restaurados. Na figura 6 pode se observar que a paciente ainda se apresenta com gengivite induzida pelo biofilme.

Figura 6 - Pós-operatório imediato da restauração do dente 21.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Na sessão seguinte iniciamos o processo de adequação do meio bucal, com uma profilaxia utilizando ultrassom, para remoção dos tártaros do hemiarco inferior direito. Foi constatada a presença somente de tártaro supragengival, porém a paciente foi anestesiada pela técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior devido à grande sensibilidade que apresentava nos dentes hipomineralizados. Após a remoção de todo tártaro do hemiarco, observamos que o dente 46 se apresentava bastante afetado pela hipomineralização molar incisivo, com fraturas pós-irruptivas nas regiões hipomineralizadas e com a presença de lesões cariosas nessas áreas. Os demais elementos dentários do hemiarco estavam hígidos. Procedemos a restauração do elemento 46 com resina composta (Figura 7).

Figura 7 - Hemiarco inferior direito após raspagem com ultrassom e restauração com resina composta do dente 46.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Na próxima consulta repetimos o mesmo procedimento citado anteriormente, raspagem e profilaxia, no hemiarco inferior esquerdo. Realizamos também a restauração com resina composta do dente 36, que apresentava áreas hipomineralizadas, com fratura pós-irruptiva e lesão cariosa ativa com cavitação (Figura 8). Assim, conseguimos melhorar de forma muito expressiva, a situação inicial que ela havia apresentado, devolvendo um aspecto mais saudável para paciente e, dessa maneira, enfatizamos novamente a importância da remoção diária do biofilme, essencial para o sucesso no tratamento odontológico e para reestabelecer a saúde periodontal, que ainda se apresentava comprometida. A figura 9 mostra os dentes anteriores inferiores após a raspagem com ultrassom.

Figura 8 - Dentes 75 e 36 afetados pela HMI, com fraturas pós-irruptivas nas regiões hipomineralizadas.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Figura 9 - Dentes anteriores inferiores, após raspagem com ultrassom.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

A seguir, partimos para o hemiarco superior direito, onde realizamos a raspagem supragengival com ultrassom e selamento do primeiro molar superior permanente com resina Flow, optamos por utilizar essa resina, por ser aplicada por cima da camada adesiva, o que pode trazer uma maior durabilidade para o selamento. O mesmo procedimento foi realizado no hemiarco superior esquerdo, na consulta seguinte. Dessa forma concluímos os procedimentos restauradores, mas ainda serão realizadas consultas de promoção de saúde com o objetivo de melhorar os cuidados de higiene bucal, que estão insatisfatórios (Figura 10).

Figura 10 - Visão geral da situação da paciente após os procedimentos realizados.

Fonte: Arquivo da autora (2022)

Concluímos que as restaurações dos dentes afetados pela HMI reduziram de forma significativa a sensibilidade que ela tinha durante a escovação, o que possibilitou à paciente uma melhora nos cuidados de higiene bucal, devolvendo a saúde gengival, o que proporcionou a ela uma melhor qualidade de vida.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Fernanda Luísa Almeida Arriel

Meu nome é Fernanda Luísa Almeida Arriel, tenho 24 anos e sou natural de Bom Sucesso-MG. A Odontologia sempre foi minha primeira e única opção de escolha. Além do incentivo dos meus pais e da admiração pela minha dentista de infância, o amor por ajudar o próximo foi um pilar decisivo para meu ingresso nesse curso. Sou movida a fazer o bem e não seria diferente na escolha da minha profissão pois, através dela, temos o prazer de devolver sorrisos que foram perdidos, além da autoestima e autoconfiança, o que é muito gratificante. Aos 21 anos, quando cursava o sexto período, tornei-me mãe e precisei trancar a matrícula do curso, a fim de que pudesse me dedicar exclusivamente ao meu filho. Prossegui minhas atividades acadêmicas em outra turma, um ano depois e, para conciliar maternidade e estudos, desloco-me diariamente de Bom Sucesso para Lavras, viajando aproximadamente 100 quilômetros. Assim, posso realizar meu sonho de me formar dentista e acompanhar o desenvolvimento de meu filho Ravi, cujo nome significa "Sol", aquele que veio para iluminar ainda mais meus caminhos, ser meu incentivo e motivação para que eu me torne uma boa profissional.

Neste trabalho apresentarei o relato de caso Frenectomia Labial Superior, pela técnica de Archer Modificada, executado por mim e orientado pela professora Dra. Luciana Tourino, na Clínica Infantil III, em setembro de 2021, quando cursava o oitavo período. A cirurgia foi realizada com a finalidade de auxiliar o tratamento ortodôntico para fechamento de diastema interincisivos.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente de 11 anos de idade, acompanhada pela mãe, compareceu à Clínica Infantil III, do Centro Universitário de Lavras, queixando-se de insatisfação estética, limitação nos movimentos do lábio superior e incômodo com braquetes remanescentes de um tratamento ortodôntico que foi iniciado um consultório odontológico de rede particular, mas, por limitações financeiras, não pôde dar prosseguimento ao mesmo.

A conduta inicial foi realizar uma anamnese, com a finalidade de detalhar sua história clínica, mantendo diálogo com a paciente, com objetivos devidamente estabelecidos, focando em fatos e acontecimentos que a levaram a procurar ajuda, a fim de conhecer determinantes

que influenciam no seu processo saúde-doença e seus hábitos de vida, bem como questões socioeconômicas e culturais (PORTO, 2019). Após a realização da anamnese e constatação da ausência de alterações ou limitações sistêmicas, procedi para os exames físicos e clínicos.

Os sinais clínicos evidenciaram que, além do diastema interincisivo, o freio labial superior apresentava inserção anômala na papila incisiva (Figura 11). Para concluir o diagnóstico foi utilizado o método de aplicação de tensão sobre o freio, resultando em isquemia da papila até a face palatina (SOUZA et al., 2015).

Figura 11 - Exame clínico: diastema interincisivo e tracionamento do freio com inserção penetrante na papila.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Como exame complementar, realizei a radiografia periapical dos incisivos superiores, pela técnica da bissetriz, usando posicionador radiográfico (Figura 12). De acordo com a Associação Dental Americana (American Dental Association – ADA, 2006), radiografias dentárias são ferramentas indispensáveis para diagnosticar patologias orais.

Figura 12 - Radiografa periapical como exame complementar.

Fonte: Arquivo digital de radiografias, da Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2021).

Portanto, com base nas evidências, classificou-se como inserção penetrante na papila, visto que a inserção do frênulo passa sobre a papila gengival, enquanto se insere na gengiva inserida (PLACEK et al., 1974 apud RULI, 1997, p. 197).

Considerando que os incisivos laterais e caninos permanentes superiores estavam em erupção, descartou-se a possibilidade do diastema fisiológico, comumente encontrado na fase da dentadura mista, denominada por Broadbent como “fase do patinho feio”, caracterizada pela divergência das raízes entre 9 e 11 anos. Avaliando a necessidade e oportunidade, diante do quadro clínico apresentado pela paciente, suas condições psicológicas e o bom prognóstico que ela oferecia, o tratamento proposto para correção do freio que se encontrava anormal foi a frenectomia labial superior. Segundo BRUDER et al. (2015), a frenectomia labial superior consiste na remoção da estrutura do freio, incluindo sua inserção no osso adjacente, visando a reabilitação estética e funcional, além da movimentação ortodôntica, que contribuiria para o fechamento do diastema e, como consequência, o reposicionamento normal e harmônico dos caninos superiores. A paciente foi classificada como baixo risco para cárie dentária e, sendo assim, parti para a primeira etapa do planejamento (orientação de higiene oral, escovação supervisionada e profilaxia), que foi realizada uma semana antes da cirurgia.

A seguir, realizei a cirurgia de frenectomia labial superior sob orientação da professora Luciana Tourino, da disciplina Clínica Infantil III, do UNILAVRAS.

Para a cirurgia de frenectomia labial superior e exérese do freio com inserção penetrante na papila, a conduta inicial, após a montagem da mesa cirúrgica (Figura 13), foi preparar o

campo operatório, seguindo o protocolo de biossegurança com antissepsia intraoral, orientando a paciente a bochechar Clorexidina® 0,12% durante um minuto e assepsia extraoral Clorexidina® 2%, delimitando o campo operatório. Segundo Alencar e Bernardes (2018), assepsia consiste no conjunto de medidas usadas para diminuir ou eliminar microrganismos em superfícies, e antissepsia trata-se da desinfecção de tecidos vivos com antissépticos, podendo desenvolver a técnica cirúrgica baseando-se na prevenção da contaminação.

Figura 13 - Mesa cirúrgica montada.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Durante a aplicação do anestésico tópico com benzocaína a 5%, a paciente apresentou-se nervosa e com sinais de ansiedade. Miller et al. (1995) apud Santos (2012) afirmou que a resposta emocional ao *stress* é maior diante de procedimentos cirúrgicos, portanto é imprescindível o preparo psicológico da criança e dos pais, visando diminuir a ansiedade e o medo (CAMPOS et al., 2010). Utilizei de técnicas não farmacológicas para controle da ansiedade, através da comunicação verbal, distração, reforço positivo e a aproximação da mãe previamente ao início da anestesia (GUEDES-PINTO, 2016). A idade da paciente foi favorável, possibilitando uma explicação realista da necessidade e vantagem do uso da anestesia, aumentando sua aceitação.

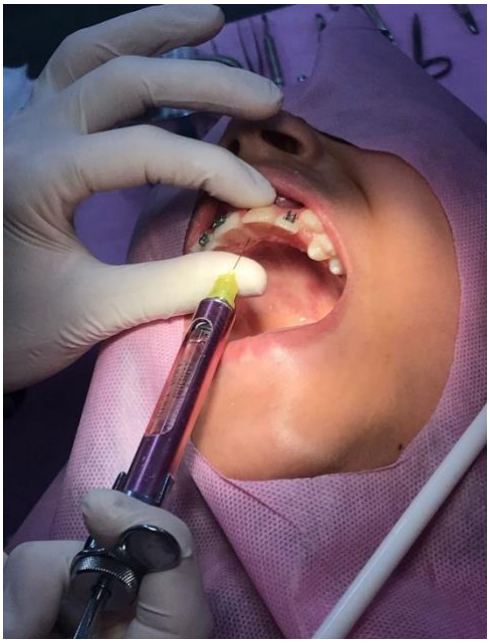
Iniciei a anestesia infiltrativa local com Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. A escolha do anestésico e do vasoconstritor foi baseada na ausência de alterações sistêmicas da paciente. A técnica anestésica escolhida foi a supraperióstea bilateralmente no fundo de vestíbulo dos incisivos centrais superiores, seguindo seu longo eixo (Figura 14), para que o edema decorrente da infiltração da solução não alterasse sua morfologia e mascarasse os limites do freio. A anestesia infiltrativa, além de bloquear temporariamente a condução dos impulsos

nervosos, levando a perda ou diminuição da sensibilidade (GUEDES-PINTO, 2016), diminui o sangramento e possibilita um campo operatório com melhor visualização. Em seguida, complementação interpapilar e na inserção mais baixa do freio (papila nasopalatina) (Figura 15).

Figura 14 - Anestesia pela técnica infiltrativa.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

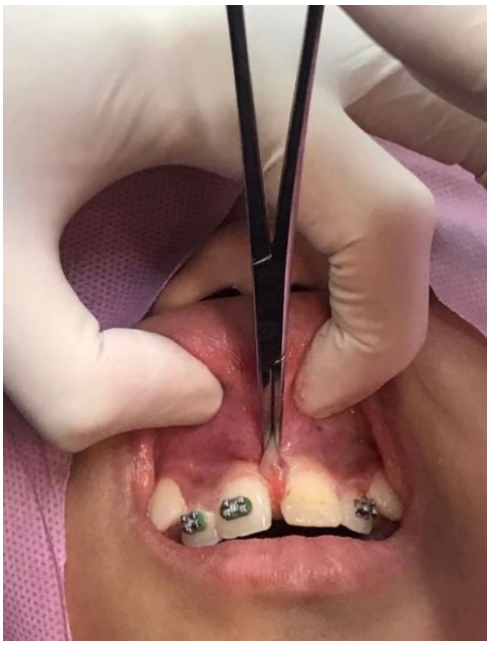
Figura 15 - Anestesia pela técnica nasopalatina.



Fonte: Arquivo da autora (2021).

Após certificar da efetivação da anestesia na região, iniciei o ato cirúrgico. Para facilitar a excisão do freio durante o procedimento, a técnica escolhida foi a de Archer Modificada, também chamada de pinçamento simples, utilizando uma pinça do tipo hemostática que é posicionada na bissetriz do freio e usada como guia cirúrgico, proporcionando uma única incisão (ALMEIDA et al., 2004 apud SILVA; SILVA; ALMEIDA, 2018, p. 146) (Figura 16).

Figura 16 - Pinçamento do freio.



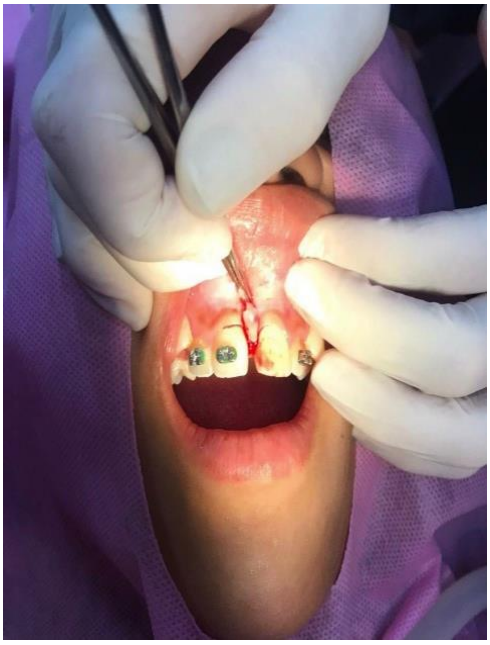
Fonte: Arquivo da autora (2021).

Utilizando uma lâmina de bisturi número 15, o freio foi seccionado na base que se encontra em contato com a pinça (Figura 17) e, em seguida, uma incisão paralela, tangenciando-o até o limite de sua inserção palatina. O processo foi bilateral, formando um "V" (Figura 18) que, com o auxílio de uma pinça do tipo hemostática curva (Figura 19), possibilitou a excisão completa do freio (Figura 20) e demais tecidos aderidos a ele (tecido interdental e papila palatina). A técnica de Archer modificada se apresentou efetiva, possibilitando maior segurança durante o procedimento através do uso da pinça hemostática como guia, removendo o freio por inteiro (SILVA; SILVA; ALMEIDA, 2018).

Figura 17 - Primeira incisão: na base do freio.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Figura 18 - Incisões em forma de “V”.

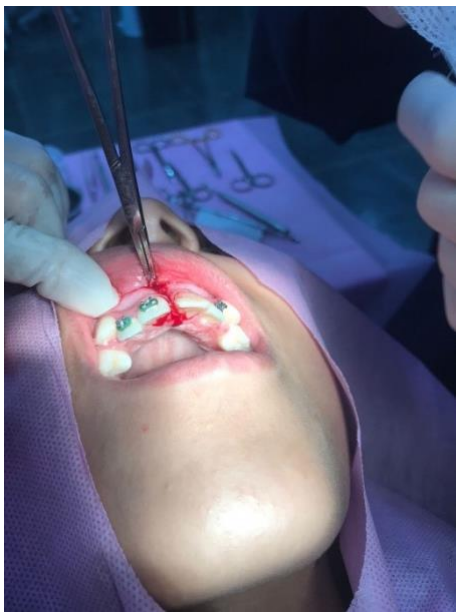


Fonte: Arquivo da autora (2021).

Figura 19 - Pinçamento do freio para posterior excisão.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

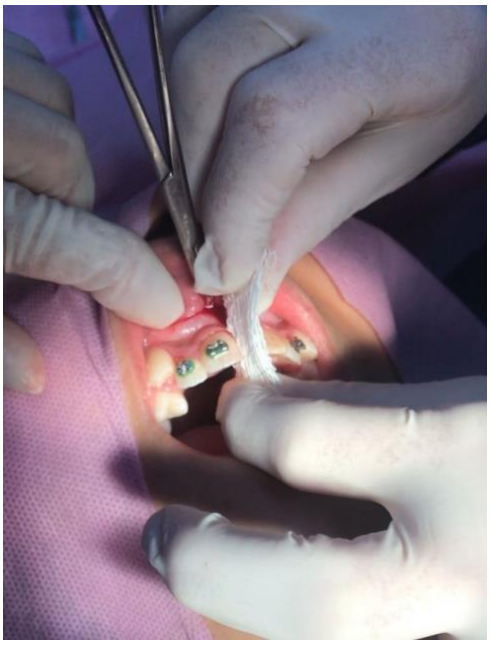
Figura 20 - Visão imediata após remoção total do freio.



Fonte: Arquivo da autora (2021).

Ainda com a pinça hemostática posicionada, foi realizada a divulsão dos tecidos com uma tesoura e, com gaze estéril, o deslocamento e remoção das fibras remanescentes que estavam aderidas ao osso, a fim de liberar a inserção do freio (Figura 21). Todas as etapas da cirurgia foram realizadas sob constante irrigação de soro fisiológico 0,9% através de uma seringa dosadora e aspiração com sugador estéril.

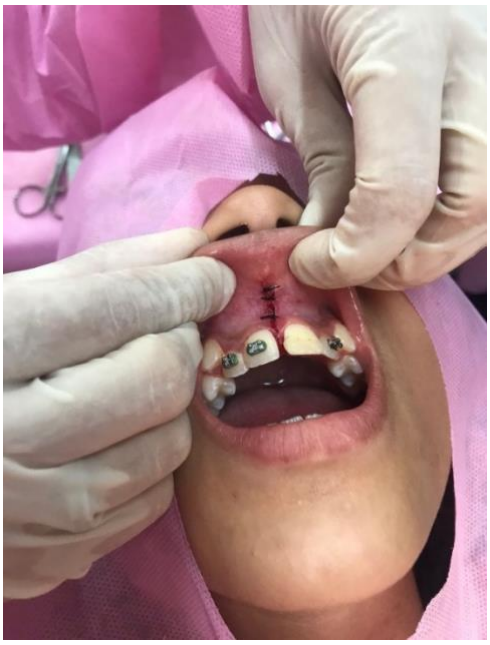
Figura 21 - Deslocamento e remoção das fibras com gaze estéril.



Fonte: Arquivo da autora (2021).

Para o procedimento de sutura foi usado fio de seda 4-0, visando conforto para a paciente, pois, comparado ao Nylon, apresenta menor rigidez. Segundo Tajirian e Goldberg (2010) apud Faria (2021, p. 7), os fios de sutura de seda são multifilamentados e não absorvíveis, macios e flexíveis e, de acordo com estas características, conferem facilidade no manuseio. O primeiro ponto simples foi para estabilizar a ferida cirúrgica, na base que ainda se encontrava com a inserção da pinça hemostática. Esta, por sua vez, foi removida após a finalização do primeiro ponto e, em seguida, outros dois pontos simples foram posicionados no local que, previamente à cirurgia, era preenchido pelo freio (Figura 22).

Figura 22 - Visão imediata após a cirurgia.



Fonte: Arquivo da autora (2021).

Com a finalidade de proteger a ferida cirúrgica, foi colocado cimento cirúrgico na região do rebordo alveolar (Figuras 23 e 24), uma vez que esse reparo será por segunda intenção, o cimento deverá permanecer no local por, no mínimo, 72 horas. O pós-operatório, desde que não interferido por fatores externos, é favorável, limitando-se aos bochechos antissépticos e remoção da sutura após 7 dias (GUEDES-PINTO, 2016). A intensidade da dor pós-operatória é relacionada ao procedimento realizado, qualidade do tratamento, influência psicológica e experiências vividas pelo paciente (GERZSON et al., 2020).

Figura 23 - Proteção da ferida cirúrgica com cimento cirúrgico.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Figura 24 - Proteção da ferida cirúrgica que se estende até a incisão realizada no palato.

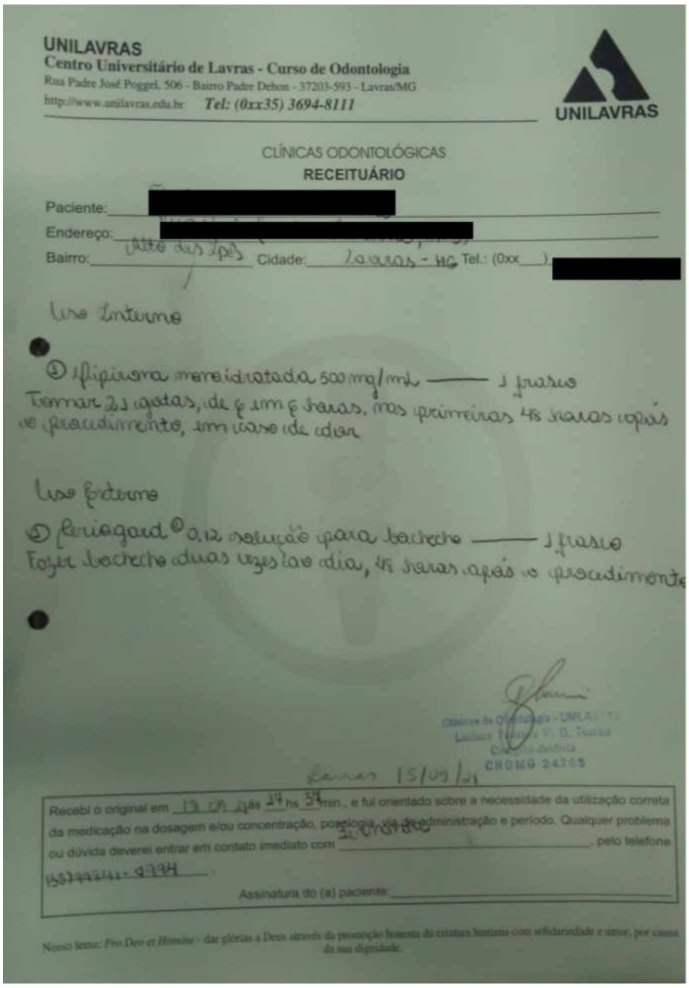
Fonte: Arquivo da autora (2021).

A paciente recebeu recomendações pós-operatórias verbais e escritas, seguindo protocolo cirúrgico adotado pelo Unilavras, e foi orientada quanto à alimentação pastosa e fria, cuidados necessários, uso correto da medicação e higiene intrabucal (Figura 25).

A medicação prescrita foi analgesia com dipirona monoidratada 500 mg/mL gotas. O cálculo foi conduzido de acordo com o peso da paciente (42 kg), sendo 15 mg/kg correspondendo a 630 mg, uma dose superior à dose indicada para adultos (500 mg) nesses casos. Dessa forma, a dose prescrita foi de 20 gotas (que corresponde a 500 mg), de 6 em 6 horas, nas primeiras 48 horas após a cirurgia, pois, no controle de dor, a dipirona tornou-se um

analgésico de uso rotineiro, por sua eficácia e controle de dores leves e moderadas (LUSTOSA, 2022). O antisséptico prescrito foi Periogard® 0,12%, para realizar bochechos duas vezes ao dia, iniciando 48 horas após o procedimento. Com sua capacidade antisséptica, ocorre uma diminuição da proliferação microbiana, pois entram em ação suas propriedades bactericidas e bacteriostáticas, auxiliando pacientes que não higienizam de forma efetiva a alcançarem melhoras na limpeza e manutenção da saúde bucal.

Figura 25 - Receituário.



UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia
Rua Padre José Poggel, 506 - Bairro Padre Dehon - 37203-593 - Lavras/MG
http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: [redacted]
Endereço: [redacted]
Bairro: Alto dos Ipês Cidade: Lavras - MG Tel.: (0xx) [redacted]

Uso Interno

① Dipirona monoidratada 500 mg/ml ——— 1 frasco
Tomar 25 gotas, de 6 em 6 horas, nas primeiras 48 horas após o procedimento, em caso de dor

Uso Externo

① Periogard® 0,12 solução para bochecho ——— 1 frasco
Fazer bochecho duas vezes ao dia, 48 horas após o procedimento

CROMG 24705

Lavras 15/09/21

Recebi o original em ___ às ___hs ___min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação na dosagem e/ou concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverei entrar em contato imediato com ___, pelo telefone ___.

Assinatura do (a) paciente: ___

Nosso lema: *Pro Deo et Homine* - dar glórias a Deus através da promoção honesta da criatura humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Prontuário da paciente, arquivado na Clínica Odontológica do Unilavras (2021).

A paciente retornou sete dias depois da realização da cirurgia, para avaliação e remoção da sutura (Figura 26). A reparação inicial começa de cinco a sete dias após a remoção da sutura, e a nova inserção só será visualizada após vinte e um dias (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 26 - Remoção da sutura após 7 dias e reparação inicial.

Fonte: Arquivo da autora.

Tornaram-se evidente a boa cicatrização, satisfação e também o bem-estar estético que o procedimento proporcionou de forma imediata para a paciente. A cirurgia de frenectomia labial superior foi realizada em um momento oportuno, visto que, os caninos permanentes superiores estão em erupção, auxiliando o fechamento do diastema presente entre os incisivos centrais. De acordo com PINTO (2018), após a erupção dos incisivos laterais e caninos superiores, comumente este espaço reduz ou fecha. Para possível conclusão do caso, a paciente foi devidamente encaminhada para tratamento ortodôntico na disciplina de Atividades Vocacionais de Ortodontia, do UNILAVRAS.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Helena Ramos Lopes

Meu nome é Helena Ramos Lopes, tenho 23 anos e sou natural de Lavras. Entretanto, residi toda minha vida em Santo Antônio do Amparo, lugar onde cresci feliz e rodeada de uma família unida. Na adolescência, comecei a ajudar minha mãe em seu consultório, ela é dentista formada há 33 anos, e a forma como sempre trabalhou visando a saúde geral do paciente trouxe meus olhos para a área de saúde como um todo. Ainda não estava certa da profissão que queria seguir, porém sempre me dediquei e empenhei na qualidade dos meus estudos. Em 2013, eu e meu irmão, que sempre foi inspiração de dedicação e persistência, começamos a estudar em Oliveira, indo e voltando de *van* todos os dias, até que no último ano do ensino médio, em 2016, saímos de casa pela primeira vez para morar definitivamente naquela cidade. Nesse ano, meu pai estava concluindo sua graduação em Direito e, ao ver seu esforço e empenho, fiquei atentada pela área das humanas, todavia a saúde já tinha ganhado meu coração. Em 2017,

viemos morar em nossa cidade natal (Lavras) com intuito de buscar mais ainda um ensino de qualidade. Fiz durante esse ano todo o cursinho preparatório para o Enem (Exame Nacional do Ensino Médio), que realizei no fim desse ano. Fui contemplada com uma nota na redação de 940, o que colaborou para, no ano seguinte, 2018, eu conseguir uma porcentagem boa no FIES (Fundo de Financiamento Estudantil). Nesse momento já havia me decidido, pois a Odontologia era o que eu buscava e o Unilavras me ofereceu tudo o que eu esperava de uma universidade. Porém, como se trata de uma faculdade particular e, como já adiantei, só foi possível a minha entrada devido ao FIES, mesmo sendo burocrático e demorado. Finalmente, em meados de março de 2018, consegui ingressar no curso que eu tanto almejava. Nessa trajetória para o financiamento estudantil fiz duas amizades que com certeza mudaram o rumo do meu primeiro dia de aula até o último. Ao decorrer do ano, o "trio do FIES" se enturmou com o restante dos mais de 30 alunos, e fomos cada mais vez somando amizades que deixaram nossa rotina mais leve. Até que chegou o mês de maio, encaminhando para o final do primeiro período, que em uma consulta ginecológica, tenho a surpresa de estar grávida. Por sorte, tenho uma família acolhedora, um namorado gentil e responsável, além de um grupo de amigas que nunca saíram do meu lado, fatores que foram responsáveis para que eu conseguisse me manter no curso. O primeiro período se encerrou, com notas boas e muita dedicação. Entretanto, o segundo período era um mistério, visto que no meio do período eu daria à luz, e as condições de saúde e ânimo com "barrigão" já não eram as mesmas. Foi aí que contei com mais e mais ajudas importantes, inclusive com um casal da minha sala que me buscava e me levava todos os dias de casa para a faculdade, além de contar com todo suporte dos professores e do nosso coordenador, que em todos os momentos esteve pronto para me ajudar.

E foi em setembro que minha filha, Mariana, nasceu, trazendo toda sua luz e simpatia para me reestruturar e ter mais vontade ainda de concluir meu curso dos sonhos e buscar um futuro para nós duas.

O tempo foi passando e cada vez mais atividades práticas, primeiro contato com paciente, foram me confirmando que eu estava no lugar certo. Todavia, um tempo depois, a pandemia assolou o mundo inteiro, e fomos para o ensino remoto. Era hora de nos proteger, proteger quem nós amávamos e, ainda assim, ocorreram inúmeras perdas pela doença, como aconteceu na minha família. Mesmo no caos do mundo, o Unilavras agiu prontamente e no terceiro dia de isolamento, em março de 2020, já estávamos na plataforma *online* e continuamos com os estudos. Entre tréguas e ondas vermelhas, não desistimos até voltarmos

de forma segura para os atendimentos, e foi somente em 2021 que conseguimos render mais tempo e repor práticas atrasadas. A rotina estava pesada e, pela intensidade de horários, fizeram que estreitássemos mais laços, com dupla de atendimento, com conversas que te aliviam o dia e trocas de experiências, carinho e afeto, e ao mesmo tempo em casa vivia a experiência de colocar a filha no primeiro ano na escolinha.

O ano de 2021 se encerrou num piscar de olhos, e com isso chegou o tão esperado 2022 por nós alunos 2018/1, pois seria então o último ano. Esse último ano tem sido esclarecedor, estou dando cada vez mais valor aos professores e tentando usufruir do auxílio deles ali bem perto ao máximo, pois em pouco tempo não os teremos mais. Os estágios fora da faculdade também estão trazendo grande aprendizado e, além de tudo, vivência clínica associada à teoria previamente aprendida. E estou cada vez mais ansiosa pelos aprendizados que esse ano tem para me oferecer.

Em suma, a odontologia para mim sempre foi sinal de determinação, maestria, aperfeiçoamento, prática e delicadeza como ser humano, pontos que notei assistindo minha mãe trabalhar. Apesar do desafio em conciliar faculdade de período integral e ser mãe também em período integral, a maternidade refinou meus olhares para muitos casos, como exemplo o caso clínico que vou relatar neste portfólio.

2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente de 6 anos, procurou a Clínica de Odontopediatria do Unilavras no segundo semestre de 2021. Acompanhado da avó materna, o menino trazia como queixa principal “enfraquecimento dos dentes”.

Como protocolo da nossa clínica, iniciamos pelo preenchimento da ficha de anamnese com todos os dados sobre a criança, seus responsáveis e seu contexto social.

No entanto, ao longo da ficha, foi notado que ele é órfão de mãe, que faleceu quando ele ainda tinha 1 ano de idade e o pai trabalha viajando, então vive maior parte do tempo com sua irmã mais velha de 16 anos e sua avó materna.

Antes de partir para o exame clínico pude perceber, por meio de perguntas diretas e indiretas, que não havia nenhum responsável pela higiene bucal da criança.

O primeiro ponto discutido com a responsável pela criança, que era a avó, foi a necessidade da supervisão da escovação até os 11 anos de idade, pois antes disso a criança não possui ainda a motricidade refinada para os movimentos de escovação.

De acordo com Finlayson et al. (2007) apud Castilho et al. (2013), quando mais novas, e ainda aprendendo a escovar, as crianças apenas brincam com a escova em suas bocas e não desempenham a função de higienizar os dentes corretamente. Por isso, a supervisão de um responsável é um papel chave na saúde bucal, ensinando-os hábitos favoráveis.

Dando sequência na ficha de anamnese foi possível entender que a dieta da criança era bem açucarada, incluindo bolachas recheadas, doces, leite com achocolatado e sem nenhum tipo de higiene após a alimentação. A seguir foram realizados os exames clínico e radiográfico.

Os exames podem ser divididos em tipos principais: de emergência, panorâmico e o completo. Que serão detalhados a seguir.

- Exame de emergência: consiste na avaliação daqueles processos agudizados, principalmente que estejam com dor, abscessos agudos, traumatismos, entre outros. Deve ser rápido e preciso;
- Exame panorâmico: condições gerais da criança, breve exame clínico da boca, exame radiográfico. A finalidade é detectar doenças visíveis.
- Exame completo: é feito com a sistemática total, procurando obter o maior número de informações possíveis do paciente, com o objetivo de conseguir o melhor diagnóstico (GUEDES-PINTO, 2016).

Depois de seguir essas vertentes e terminar o exame completo, constatei que o paciente mesmo com a pouca idade foi colaborativo e entendeu tudo o que estava sendo feito. Foi possível notar que é uma criança bem doce e com alguns traços de carência afetiva, pois mostrava isso me dando a mão sem eu pedir, fazendo carinho e sempre que podia me abraçava. Entretanto, a criança mesmo que não recorde do momento da morte da mãe, ou então não entenda o que isso significa, sofre e convive com o luto e, por meio dele, cria algumas expressões típicas e apego rápido às pessoas (SENGIK; RAMOS, 2013).

Ao avaliar a dentição decídua, notamos que os incisivos centrais e laterais superiores (61, 62, 51 e 52) apresentavam extensa destruição coronária por cárie. Conforme mostra a figura 27, as lesões cariosas já estavam inativas.

A doença cárie é o principal fator de perda do elemento dentário na primeira infância (POLICENA; FERREIRA; VIEIRA, 2019). Quando a doença acomete crianças em idade pré-

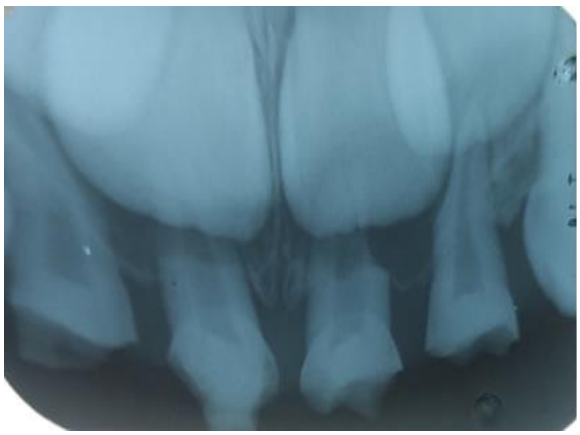
escolar é denominada Cárie na Primeira Infância (CPI). A CPI é considerada uma doença aguda e rápida. Caracteriza-se pela presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados, em crianças com até 7 anos de idade (PAIVA; ZEN; SILVA, 2021).

Figura 27 - Aspecto clínico inicial dos dentes anteriores.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Para melhor diagnóstico e plano de tratamento, foi realizada uma radiografia periapical (Figura 28), onde podemos comprovar a extensão da lesão cariosa, porém sem comprometimento endodôntico e ausência de alterações periapicais.

Figura 28 - Radiografia periapical dos dentes incisivos superiores decíduos.



Fonte: Protuário do paciente arquivado na Clínica Odontológica do Unilavras (2021).

Após avaliação clínica e radiográfica, elaborei o plano de tratamento sob orientação do professor Ricardo Augusto Barbosa. O plano de tratamento na odontopediatria engloba todo o aspecto social da criança, sua família, sua dieta, seus costumes e hábitos (GUEDES-PINTO,

2016). Desenvolvemos um plano de tratamento baseado nas três etapas: programa preventivo individual, programa restaurador e programa de manutenção.

A primeira etapa consiste na promoção de saúde, ensino da técnica correta de escovação, manobras a serem realizadas, mostrei o quanto o uso do fio dental é importante, e pedi a ele que me mostrasse, como também sua responsável, como era feita a escovação e o uso do fio dental. Além de mostrar na escova a quantidade suficiente de creme dental, que podemos usar como analogia um grão de arroz cru.

A técnica de escovação indicada para a idade em questão é técnica de Fones: tem como característica principal a facilidade de execução. Realizam-se movimentos circulares com as pontas das cerdas da escova sobre os dentes, nas áreas voltadas para bochecha, faces internas, nas faces de mastigação de cada dente. Conhecida também como técnica da "bolinha" (FERREIRA, 2013). Utilizei para a demonstração o macromodelo da faculdade e sua escova própria (Figura 29).

Figura 29 - Macromodelo usado para orientação de higiene bucal.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Além disso, realizei uma profilaxia com o uso da escova de Robson acoplada ao micromotor e pasta profilática (Figura 30).

A profilaxia se torna importante quando entendemos a biologia da cárie, pois antes da sua formação há a formação da placa bacteriana na superfície do esmalte. Essa ocorre pela aderência das bactérias à película adquirida do dente. Sem essa sequência, não teria a cárie. É a partir daí que notamos que, se a placa for retirada rapidamente e efetivamente, não há formação de cárie. E, muitas vezes, os indivíduos, especialmente as crianças, não conseguem fazer essa remoção eficaz, por isso a necessidade da supervisão de um adulto. (RIBEIRO, 2005).

Figura 30 - Escova de Robson, Micromotor e caneta de baixa rotação usados durante a profilaxia.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Antes de partir para a execução do plano restaurador, foi importante notar que a criança era bastante incomodada com a estética que apresentava. Chegou a relatar que os coleguinhas de classe diziam que “ele não tinha dentes”. Uma criança de 6 anos, ao absorver isso, pode ter prejuízos futuros na sua saúde mental.

A reconstrução desses elementos dentários é de suma importância, pois evita que haja alterações nas funções de mastigação e de fala, e também previne o desenvolvimento de hábitos parafuncionais e a ocorrência de problemas sociais e psicológicos, o que proporciona à criança um desenvolvimento mais saudável (SOARES et al., 2016).

Com embasamento em evidências científicas na área de Dentística, utilizando como referência Busato e Maltz (2014), iniciamos na outra sessão a restauração dos elementos 61, 62, 51 e 52, utilizado os seguintes materiais: ácido fosfórico 37%, adesivo single bond II, *microbrush*, fotopolimerizador, resina composta A1 Z250 XT , tira de poliéster e *kit* de brocas de acabamento e polimento.

Iniciei pelo dente 62, onde a restauração incluiu todas as faces do dente, construindo os dois ângulos e arestas, seguindo o passo a passo abaixo:

- Remoção seletiva do tecido cariado com a broca esférica CA1 na caneta de baixa rotação.
- Condicionamento ácido por 15 segundos, lavagem de água corrente 30 segundos, e secagem com o papel absorvente.
- Adição o adesivo single bond II, breve jato de ar para evaporar o solvente e fotopolimerização.

- Colocação da resina A1 Z250 xt de forma gradual e incremental para melhor adesão, fotopolimerizando as camadas adicionadas.
- Depois com as brocas de acabamento e polimento, alisei e dei forma anatômica à coroa.

O mesmo passo a passo foi repetido nos elementos 61, 51 e 52. O resultado final pode ser observado na figura 31.

Figura 31 - Foto do resultado final do tratamento.

Fonte: Arquivo da autora (2021).

Foi filmado o exato momento em que a criança se olha no espelho depois das restaurações prontas. No vídeo mostra como a própria se sentiu agradecida e uma melhora na sua autoestima aconteceu, pois rapidamente me abraçou e agradeceu. Nessa última clínica quem estava acompanhando era sua irmã mais velha, que também ficou muito grata.

Foi reforçado quanto às técnicas de escovação, dicas sobre a dieta e como evitar o açúcar, e o paciente se mostrou bem motivado.

Para que se obtenha sucesso no tratamento, deve estar ciente de que o tratamento reabilitador vai muito além dos procedimentos técnicos, e engloba uma visão geral do processo saúde-doença. Em geral, o profissional deve atuar auxiliando na mudança de hábitos alimentares, remoção de hábitos orais deletérios, cuidados com higiene bucal e geral, além de muitas vezes fornecer apoio psicológico à família (PAIVA; ZEN; SILVA, 2021).

Quanto à avaliação ortodôntica e a de tecido moles, foram preenchidos todos os quesitos do prontuário, e estava tudo dentro da normalidade. O exame ortodôntico foi conferido pelo professor da disciplina especialista em Ortodontia.

O paciente necessitava de mais restaurações nos molares, que também apresentavam atividade de cárie, porém, iniciamos pelos incisivos como uma forma de devolver a autoestima da criança, e também como um motivo para o interesse no tratamento. No entanto, após algumas faltas e não comparecimentos à clínica, a família abandonou o tratamento. Tentamos entrar em contato com a família, mas não obtivemos sucesso. Dessa forma, aguardamos que a paciente entre em contato com o UNILAVRAS para dar continuidade ao tratamento na Clínica Infantil.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Samara Morais dos Santos

Meu nome é Samara, tenho 24 anos e sou natural de Cana Verde – MG. Quando formei no ensino médio não sabia qual profissão escolheria para minha vida, pois a única certeza que tinha é que queria um curso na área da saúde.

Fiquei dois anos sem estudar, pois não sabia qual curso escolheria. Minha irmã é dentista, então nesse tempo fiquei ajudando e auxiliando nos procedimentos executados em seus pacientes, fui gostando e achando linda essa profissão. No ano de 2018 decidi cursar Odontologia, fiz o vestibular e iniciei o curso. Meu primeiro ano na faculdade não foi nada fácil, pois era tudo muito novo para mim, ter que sair de casa, ficar longe da minha família, ter que criar um ritmo de estudo, pois como estudei em escola pública a minha vida inteira eu não tinha o hábito de estudar.

Mas sou muito grata a Deus, porque sempre esteve comigo me ajudando e guiando meus passos com sabedoria. Acredito que sem Deus eu não chegaria até aqui.

Sinto-me muito realizada e completa por ver a Odontologia fazer parte da minha vida. Foi nesse curso que encontrei minha vocação, podendo ajudar o próximo entregando autoestima, saúde e sorrisos novos. Nesse curso eu encontrei minha felicidade em meio às dificuldades e desafios.

Irei relatar o caso de um paciente que compareceu na clínica de atividade vocacional de Periodontia a fim de colocação de implante no dente 23. Após a avaliação periodontal realizada constatou-se que poderia ser feita a endodontia do elemento dentário, visando melhorar a estrutura óssea e o condicionamento tecidual, e ficando em segundo plano a colocação de implante. Foi orientado o paciente sobre os planos de tratamento e ele optou por salvar o dente realizando a endodontia.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente, 28 anos de idade, compareceu à clínica de Atividades Vocacionais de Periodontia a fim da colocação de implante no dente 23. Após a avaliação periodontal realizada, constatou-se que poderia ser feita a endodontia do dente, visando melhorar a estrutura óssea e o condicionamento tecidual, e ficando em segundo plano a colocação de implante. Foi orientado o paciente sobre os planos de tratamento e ele optou por salvar o dente realizando a endodontia.

O paciente tinha o dente 23 incluso, e ao ir ao dentista particular colocou aparelho ortodôntico para criar espaço e o canino descer para sua posição correta. A figura 32 mostra a radiografia panorâmica realizada antes do tracionamento ortodôntico. A radiografia periapical do dente 23 pode ser observada na figura 33. O tracionamento ortodôntico do dente 23 foi conduzido, mas ao tracionar o canino para a posição houve reabsorção óssea no ápice do dente. Após, realizou-se o enxerto ósseo, mas o paciente demorou para comparecer ao retorno e realizar o acompanhamento da ossificação, e houve uma má formação óssea. Como consequência, o dente apresentou infecção e subsequente lesão no periápice. Dessa forma, optou-se por realizar o tratamento endodôntico para tentar salvar o canino, por ser um dente forte e importante na arcada dentária, mesmo tendo consciência e orientando o paciente de que o prognóstico é duvidoso.

Figura 32 - Radiografia panorâmica do dente 23 incluso.

Fonte: Arquivo pessoal do paciente (2018).

Figura 33 - Radiografia periapical do dente 23 incluso.

Fonte: Arquivo pessoal do paciente (2018).

Clinicamente o paciente apresentou mobilidade nesse dente e fístula, e o exame radiográfico mostrou a presença de uma lesão periapical (Figura 34). Foi feito o teste de vitalidade e o dente não respondeu aos testes térmicos. O diagnóstico foi necrose pulpar com lesão periapical.

Figura 34 - Radiografia periapical do dente 23 após o tracionamento ortodôntico.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

Então o tratamento proposto foi necropulpectomia II, para ocorrer a formação de tecido ósseo e paralisar a mobilidade, mas o prognóstico é duvidoso. Caso a endodontia não resolva terá que ser feita a extração do dente 23, enxerto ósseo e gengival e colocação de implante.

Caninos superiores com inclusão acontece frequentemente, principalmente na região de palato, mesmo com a presença de seu espaço na arcada dentária. São muitos os fatores que incluem a impactação, o que determina a resolução é o diagnóstico precoce (ALMEIDA et al., 2001).

É considerado dente incluso quando não se acomoda na arcada dentária, ficando parcial ou totalmente no interior do osso alveolar, e se a inclusão ocorrer por causa de uma barreira mecânica, como dentes adjacentes, cistos e tumores benignos, é chamado dente impactado (LIMA et al., 2009; MARTINS et al., 2009; RIBEIRO et al., 2015).

O diagnóstico de inclusão de canino normalmente é feito através de exames clínicos e radiográficos de rotina ou a partir de queixas dolorosas. A localização de caninos inclusos associa-se com inspeção visual, palpação e exames radiográficos (CARVALHO et al., 2017).

O exame radiográfico é essencial porque permite observar estruturas em camadas, principalmente os tecidos mineralizados e a posição de canino em relação aos dentes adjacentes e o processo alveolar, permitindo o planejamento, conduta do tratamento e terapêutica adequada (ALMEIDA et al., 2001).

Cada exame radiográfico possui sua indicação. As imagens mais usadas são: radiografias periapicais (técnica de Clark), que examinam a presença e tamanho do folículo, portanto a integridade da coroa e raiz do dente; a técnica de Clark, que verifica o vestíbulo-lingual usando o cone na angulação horizontal; as radiografias oclusais, que observam a posição vestíbulo-lingual; radiografia panorâmica, que define o posicionamento em dois planos do espaço, altura do canino e a relação com o plano sagital; e a tomografia computadorizada, que observa o dente incluso nos três planos do espaço, dente malformado e o acesso morfológico, relação da coroa e raiz, raiz e a inclinação do dente (MANZI et al., 2011).

A seguir, iniciei a primeira etapa do tratamento endodôntico do dente 23. O diagnóstico foi necrose pulpar e o tratamento indicado foi a necropulpectomia II, já que o dente apresentava uma lesão periapical. Com a radiografia de estudo medimos o comprimento aparente do dente (CAD) (Figura 35), uma medida que vai da ponta de cúspide até o vértice da raiz. O valor encontrado foi 24 mm.

Figura 35 - Radiografia periapical de estudo.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

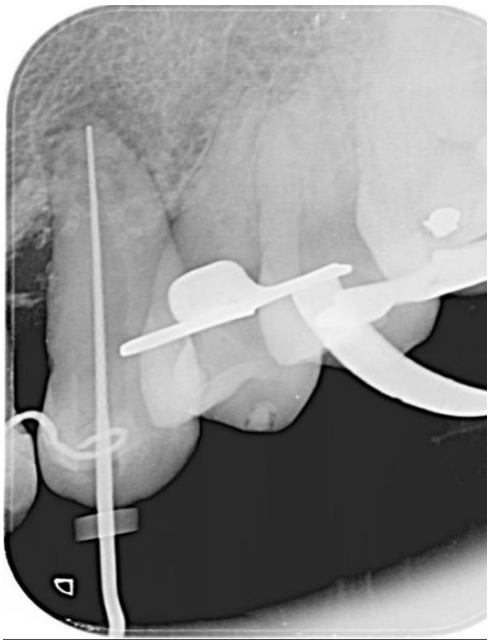
O paciente foi anestesiado e, devido à pandemia da Covid-19, o isolamento absoluto foi feito antes da abertura coronária para diminuir a produção de aerossóis. Depois do dente isolado, foi feita a abertura coronária com o ponto de eleição na face palatina mais ou menos 2 mm acima do cíngulo, utilizando a broca esférica 1012 de haste longa (HL), até a sensação de "cair no vazio", que quer dizer que acessamos a câmara pulpar. A direção de trepanação é vertical e paralela ao longo do eixo do dente.

Depois de cair no vazio, trocamos para broca 3080, para dar a forma de contorno que é losangular de base para incisal. E a forma de conveniência é parede lisa divergente para palatina, para proporcionar um acesso direto e reto ao canal radicular.

Após a abertura, foi realizada a irrigação da câmera coronária com hipoclorito de sódio 2,5% e em seguida a exploração do canal, descendo com a lima K #10 de 24 mm bem devagar, intercalando com a irrigação até chegar no comprimento real do instrumento (CRI), que é o CAD-2 mm.

Em seguida, depois do canal explorado, foi utilizada a lima K #10 na medida do CRI no canal e realizou a radiografia de odontometria (Figura 36), e verificamos que estava a 1mm do vértice.

Figura 36 - Radiografia da odontometria.



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

Depois utilizamos uma lima que melhor se ajustou no CRD, e essa lima será o IAF (instrumental apical foramidal), que é a primeira lima de trabalho que foi a K #25 em 24 mm. Foi trabalhada com a lima nesse comprimento até sentir que estava frouxa no canal, e então recuei 1mm e aumentei o diâmetro da lima que foi a K #30 em 23 mm, a segunda lima de trabalho, o IAI (instrumental apical inicial). Foram utilizadas mais 2 limas K #30 e #35 em 23 mm e, assim, a primeira fase está completa. Dessa forma, foram obtidas as seguintes medidas:

- CAD = 24 mm;
- CRI = 22 mm;
- CRD = 24 mm;
- CRT = 23 mm.

Na segunda fase que ocorreu na mesma sessão foram usadas as Gates Glidden e utilizadas das seguintes formas:

- Gates 1-CRT - 4 mm = 19 mm;
- Gates 2-CRT - 6 mm = 17 mm;
- Gates 3-CRT - 8 mm = 15 mm.

Foi feita a irrigação, sucção e inundação com hipoclorito de sódio e instrumentação do canal com a lima K #10, em todas as trocas das Gates Gliden. Depois de finalizada a utilização

das Gates Glidden, foi feito o desbridamento foramidal com as limas K #10 e #15 no IAF 23 mm.

A terceira fase foi o término do preparo apical utilizando as limas K #20, #25, #30, #35, #40 e #45. Nessa fase foi feito o batente apical determinando a lima memória (Figura 37), sendo a última lima usada a K #45 em 23 mm.

Figura 37 - Radiografia da lima memória.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

Para ter sucesso no tratamento endodôntico são necessários a prevenção e controle da infecção do canal radicular, que são obtidos por uma limpeza adequada, conformação dos canais radiculares, preenchimento e selamento tridimensional. Se preencher incompletamente pode levar ao fracasso endodôntico, independentemente da realização de um processo biomecânico meticuloso do canal pela técnica atraumática e asséptica (BERNARDES et al., 2010).

Na quarta fase foi realizado o escalonamento programado, que é feito recuando 1mm do CRT, e a primeira lima utilizada foi realizada com o diâmetro acima da lima memória, e em cada escalonamento em seguida devo retornar com a lima memória no CRT, sendo feita a irrigação, sucção e inundação com hipoclorito de sódio em cada troca de limas. As limas utilizadas foram K:- #50-22 mm; #55-21 mm; #60-20 mm; e #70-19 mm.

> O hipoclorito de sódio apresenta uma série de propriedades, como: atividade antimicrobiana, solvente de matéria orgânica, desodorizante, clareadora, lubrificante e baixa tensão superficial. É também detergente, porque promove a saponificação de lipídios (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015, p. 452).

> No tratamento endodôntico, a irrigação é representada por uma corrente líquida no interior da cavidade pulpar. A aspiração é a ação de atrair, por sucção, fluidos e partículas sólidas de uma cavidade (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015, p. 463).

Em seguida houve a secagem do canal com cone de papel no mesmo diâmetro da lima memória. E como medicação intracanal foi utilizada a pasta de hidróxido de cálcio em toda a extensão do canal. “As pastas de hidróxido de cálcio funcionam como barreiras físicas e químicas, retardando significantemente a recontaminação do canal quando da exposição à saliva por perda do selador coronário” (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020, p. 499). Após a colocação do medicamento, foi colocada uma bolinha de algodão, Coltosol e Ionômero de vidro para fazer o selamento do dente (Figura 38). O paciente ficou com o medicamento intracanal durante 15 dias.

Figura 38 - Radiografia da pasta de hidróxido de cálcio.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

Conforme Lopes e Siqueira Júnior (2015), o preparo químico e mecânico além da anatomia e a competência da inserção da pasta de hidróxido de cálcio no canal radicular necessitam da sua composição química, da natureza do veículo tal como sua consistência no

momento do emprego. Com a união à natureza dos veículos (viscosos e oleosos), por procederem como lubrificante, contribuem para a colocação da pasta no canal. Mesmo que existam várias técnicas de aplicação, as mais indicadas são as que usam instrumentos endodônticos manuais ou as espirais de Lentulo.

Após 15 dias o paciente retornou para a obturação do canal. Foram realizadas a anestesia, a remoção do selamento triplo e o isolamento absoluto, e realizada a remoção da Pasta Callen.

Logo em seguida ocorreu a prova do cone principal (Figura 39), ele será no diâmetro da lima memória. A radiografia mostrou que o cone ultrapassou o ápice, por isso recuei 1mm do comprimento para fazer a obturação. Estando tudo certo houve a desinfecção do cone na Placa Petri por 3 minutos no hipoclorito e 1 minuto no soro fisiológico, e secado o cone com gaze e realizada desinfecção dos cones acessórios no mesmo padrão do principal.

Figura 39 - Radiografia do cone principal.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

A conquista de um selamento hermético, juntamente com a limpeza e conformação dos canais radiculares, é uma das chaves para conquistar um tratamento endodôntico bem-sucedido ao longo tempo. Já a obturação hermética não pode ser obtida sem a aplicação do cimento porque a guta-percha não une facilmente à dentina das paredes do canal (CHANDRASEKHAR et al., 2011).

Da forma que a guta-percha não possui aderência à superfície da dentina, o cimento tem que apresentar fluidez adequada para preencher as lacunas entre os cones de guta-percha e as

paredes do canal e resistência a adesão à dentina radicular, o que vai contribuir para a qualidade da obturação (ASSMANN et al., 2012).

Depois que houve a manipulação do cimento obturador Sealapex na placa de vidro, passou o cimento no cone principal e inseriu dentro do conduto. Fez esse mesmo processo com os cones acessórios utilizando os espaçadores digitais, fazendo com que preenchesse todo o conduto. Ocorreu um extravasamento devido ao dente ter reabsorção interna e externa. Então, no momento em que usamos o Guta Condensa, ocorreu o extravasamento do Sealapex, que é um cimento à base de hidróxido de cálcio. A expectativa é que ocorra a neoformação cementária e dentinária na região das reabsorções, sabendo que o prognóstico é duvidoso. Logo após com os condensadores de Lucas aquecidos houve a condensação vertical. Em seguida realizou-se a limpeza da câmara com uma lima K com algodão embebido no eucaliptol e, apresentando-se tudo certo, foi realizada uma restauração com resina composta e após verificou-se o teste da oclusão.

> O cimento Sealapex (Keer/Sybron, EUA) foi um dos primeiros cimentos endodônticos à base de hidróxido de cálcio a ser comercializado. Ele se apresenta na forma de pasta. A reação de presa do Sealapex ocorre por meio da ação quelante do componente salicilato (no catalisador) sobre o óxido de cálcio/hidróxido de cálcio (na base) em uma base aquosa, formando salicilato de cálcio. As outras substâncias associadas à formulação são responsáveis pela radiopacidade, viscosidade, fluidez, adesividade e escoamento da pasta (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015, p. 516).

A figura 40 mostra a radiografia final do dente 23, após a obturação dos condutos e restauração com resina composta.

Figura 40 - Radiografia final.

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2022).

Cimentos endodônticos precisam ser capazes de penetrar nos canais acessórios, laterais e túbulos dentinários não completados pela guta-percha, com a finalidade de evitar que o fluxo dos fluidos tecidulares periapicais propiciem a sobrevivência dos microrganismos que resistiram no preparo biomecânico e que permaneceram no sistema canalicular no decorrer da obturação (CHANDRA et al., 2012).

Cimento à base de hidróxido de cálcio (HC) foram processados com o objetivo de unir num cimento obturador as propriedades biológicas do hidróxido de cálcio puro, adequando as propriedades físico-químicas essenciais a um bom selamento radicular (MARÍN-BAUZA et al., 2012).

O tratamento endodôntico dá oportunidades para conservar os dentes em função e melhorar a saúde da dentição. A previsão a longo prazo para os dentes tratados endodonticamente é bastante influenciada pela forma como os selamentos coronal e apical são realizados (KALA et al., 2014).

Além disso o paciente foi encaminhado para avaliação periodontal na Clínica de Atividades Vocacionais de Periodontia.

A figura 41 mostra a radiografia periapical realizada dois meses da conclusão do tratamento endodôntico durante o retorno do paciente para acompanhamento do caso.

Figura 41 - Radiografia periapical depois de dois meses do tratamento endodôntico concluído.

Fonte: Arquivo pessoal do paciente (2022).

O prognóstico desse dente era duvidoso, mas está caminhando muito bem, pois houve a reabsorção do hidróxido de cálcio que tinha extravasado para o ápice. Clinicamente o paciente está bem, sem dor e não apresenta mais a fístula. Então vai realizar a proservação de 3 em 3 meses durante 4 anos.

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Tatielle Cardoso Resende

Meu nome é Tatielle, tenho 26 anos e sou natural de Bom Sucesso - MG. Desde nova sempre disse que queria uma profissão na área da saúde, por ver minha mãe super empenhada como técnica de enfermagem e feliz por conseguir ajudar o outro, e assim comecei minha trajetória. No final do terceiro ano do ensino médio decidi que queria cursar medicina. Foram quatro anos de cursinho, tentando vaga em alguma universidade federal. Não foi fácil, cada ano uma frustração diferente. Com a maturidade que foi chegando, acabei desistindo do curso de medicina.

No final do 4° ano de cursinho eu disse que iria usar minha nota do Enem (Exame Nacional do Ensino Médio), para tentar cursar odontologia, pois era um curso da saúde que eu tinha interesse. Em 2018 consegui iniciar o curso através do Prouni (Programa Universidade Para Todos). Entrei um pouco atrasada na minha turma, mas, com dedicação e ajuda de duas amigas que entraram na mesma época, conseguimos enfrentar. No meio do ano de 2018 consegui minha aprovação na Universidade Federal de Alfenas, mas como eu já havia começado em Lavras, já habituada com todos e somente a 40 km de casa, decidi permanecer no Unilavras mesmo. Fui muito julgada por isso, mas hoje não arrependo nenhum pouco, pois com a pandemia as universidades federais atrasaram muito. Porém, no Unilavras, vamos formar no tempo certo!!!

Tivemos todo o suporte no Unilavras, ainda mais por estar vivendo algo novo e na fase de começar a atender pacientes, mesmo tendo muito o sentimento de medo da nova doença, com uma mistura de desespero da nova fase do curso de odontologia. No entanto, recebemos todo o suporte necessário para colocar tudo que foi ensinado na pré-clínica em prática, sempre com zelo, atenção e responsabilidade. Nesse último ano que se escolhem as vocacionais, escolhi a endodontia, que eu não me arrependo em momento algum, pois está sendo de grande importância para mim, e a cada dia estou mais apaixonada pela especialidade e pela odontologia. Por fim, tenho a certeza de que esses ciclos foram necessários pra eu chegar hoje aqui e finalmente poder dizer que estou realizada e 100% certa, nesse momento, que eu escolhi

o curso certo. Na odontologia eu me encontrei em meio a tantas dificuldades e desafios que só me fizeram crescer ainda mais.

Desse modo, irei apresentar o caso de um paciente atendido na clínica da disciplina de Atividade Vocacional de Endodontia, onde o paciente compareceu e relatou que havia sofrido um trauma de patinete que resultou numa fratura corono-radicular bastante extensa na palatina. Isso posto, após uma detalhada anamnese, exame clínico e radiográfico, constatou-se que o paciente apresentava uma pulpite irreversível. Logo, o tratamento proposto foi uma biopulpectomia e, após tratamento endodôntico finalizado, a utilização de um pino intrarradicular.

2.5.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente, 23 anos de idade, procurou atendimento na Clínica Odontológica do Unilavras em março de 2022, na disciplina de Atividades Vocacionais de Endodontia, para a realização de testes de vitalidade, a fim de complementar um diagnóstico do dente 25, no qual ele relatava sentir dor. Na anamnese, o paciente relatou ter sofrido um trauma no dia 25 de dezembro de 2021, enquanto andava de patinete, expondo também que na queda bateu o queixo com muita força. Assim, observou-se que o dente 25 apresentava extensa fratura coronorradicular. Logo após o traumatismo o paciente procurou atendimento odontológico. No primeiro atendimento com um cirurgião dentista foi proposta a extração de tal elemento dentário. Porém, o paciente nada satisfeito procurou outro profissional, que concordou que era um trauma muito extenso realmente, mas havia grandes chances de recuperar o dente e não ter que extraí-lo.

Os traumas dentários jamais são confortáveis, tanto para o paciente como para o cirurgião-dentista. É comum ver durante a fatalidade o paciente abalado emocional e fisicamente, e o seu acompanhante ansioso diante do profissional. Assim, abrandar o traumatizado e seus pais é um dos problemas que o clínico encara, para dessa forma oferecer um atendimento de qualidade e humanizado. Portanto, sem o monitoramento pelo profissional, ferimentos consideráveis irão ser passados despercebidos pela emergência. A história de saúde é essencial para a qualificação do tratamento do paciente (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Portanto, como foi uma restauração muito próxima a polpa dentária, o profissional deixou claro que poderia ser necessário o tratamento endodôntico.

Dessa forma, foram realizados testes diagnósticos no elemento dentário 25, sendo os resultados:

Palpação: negativo;

Percussão: negativo;

Térmico ao frio: positivo;

Térmico ao quente: positivo.

A seguir, foi realizado o exame radiográfico (Figura 42), que mostrou a extensa restauração atingindo a polpa.

Figura 42 - Radiografia de estudo.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

No tratamento endodôntico, com a existência da radiografia periapical, é possível ter acesso à largura, comprimento e raio da curvatura radicular, visualizando assim de maneira ampla o dente em si. Além de mostrar também resultados do envolvimento da polpa dental, como alterações ósseas perirradiculares (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Para se obter o diagnóstico é preciso um questionamento ao paciente, envolvendo o exame subjetivo (anamnese), exames complementares (radiográficos) e o exame objetivo (físico). A conclusão do diagnóstico e posteriormente a preparação do tratamento adequado só serão possíveis com a exata compreensão e junção das averiguações obtidas em cada uma das três etapas de exames. Diagnóstico é, dessa forma, resultado da lógica, ponderações e do conhecimento (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Contudo, em casos de traumatismos que ocorreram há pouco tempo, em no máximo 48 horas, é possível esperar que a inflamação pulpar seja reversível, podendo salvar o dente de uma endodontia pelo capeamento direto, por ter sido uma exposição recente e não ter dado tempo de se ter uma ocupação bacteriana e sua colonização na área exposta da polpa. Em outra perspectiva, se o paciente relada ter dor espontânea, contínua e pulsátil, há grandes chances de

a polpa estar inflamada irreversivelmente, mesmo que não se observe clinicamente inflamação pulpar, sendo assim o tratamento indicado é o endodôntico (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

A biopulpectomia é indicada em dentes com vitalidade pulpar, como em casos com a polpa exposta por lesão cariosa, diagnósticos de pulpites irreversíveis sintomáticas, pulpites irreversíveis assintomáticas, pulpites crônicas ulcerativas e hiperplásicas, sendo definida com exatidão ao ser iniciado o tratamento e na abertura coronária a polpa estiver com aspecto vital, com estrutura, resistente ao corte, tolerante a sua remoção, com sangramento suave e o sangue com coloração vermelho-rutilante (LEONARDO; LEONARDO, 2017).

Isso posto, um bom controle da infecção no tratamento tem como finalidade combater a infecção superficial da polpa quando acometida pela lesão cariosa e, em seguida, garantir o canal estéril durante todo o ato do aceso, tenso a manutenção da cadeia asséptica. É imprescindível ressaltar que assepsia significa não transferir microrganismos para locais em que não há existência de tais (LEONARDO; LEONARDO, 2017).

Considerando as informações citadas acima, o diagnóstico foi de pulpite irreverssível crônica, e o tratamento proposto foi biopulpectomia.

Dessa maneira, após a conclusão da anamnese, exames clínicos e radiográficos, iniciamos o tratamento endodôntico do dente 25. Foi realizada a técnica anestésica infiltrativa a nível de ápice associada à anestesia no palato com o uso de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Logo em seguida medimos o dente pela radiografia de estudo (Figura 42), para assim identificarmos o comprimento aparente do dente (CAD) e comprimento real do instrumento (CRI), podendo ser conferida no quadro 1. Efetuamos então a abertura coronária, com a broca diamantada 1012HL, sendo feito o ponto de eleição bem ao centro da oclusal do elemento dentário 25, até ter a sensação de “cair no vazio”. Após, com a broca 3081 demos a forma de contorno elíptica ovalada e divergentes para oclusal e isolamento absoluto com dique de borracha com o grampo 206 e barreira gengival com top DAN.

Quadro 1 - Medidas do comprimento aparente do dente (CAD) e comprimento real do instrumento (CRI).

Elemento 25	
CAD	**22mm**
CRI	**20mm**

CAD - comprimento aparente do dente; CRI- comprimento real do instrumento.
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A abertura coronária envolve desde o acesso à câmara pulpar, ao preparo, até a exploração da configuração final, fazendo a limpeza, antissepsia e localização dos condutos de entrada dos canais radiculares. Quando ocorrem falhas durante essa fase do tratamento pode tornar o canal impenetrável e sem capacidade de terminar o tratamento. É importante retirar todo o teto da câmara pulpar, pois há nela restos pulpares, sangue e resquícios, assim, a não retirada pode levar ao escurecimento da coroa do dente. Os divertículos devem também serem removidos, pois eles servem como esconderijo de bactérias que alimentam para uma suposta infecção secundária do canal. Além disso, a não limpeza adequada pode dificultar ou impossibilitar a localização dos canais, tornando em surgimento, insistência, ou até mesmo a permanência do problema endodôntico (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Com o dente já isolado, foi feita a irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% e exploração do canal até o CAD-2 mm.

O hipoclorito de sódio é a solução de irrigação mais frequentemente empregada, devido à sua propriedade antibacteriana e de ligeira dissolução do tecido necrótico, do tecido pulpar com vitalidade, dos componentes orgânicos da dentina e dos biofilmes. A solução de hipoclorito constantemente é empregada como alvejante ou desinfetante. É, portanto, devido a sua eficiência contra microrganismos patogênicos e pela dissolução da polpa dentária o elemento de escolha para a irrigação em endodontia (BERMAN; HARGREAVES, 2021).

A seguir, pela técnica de preparo do Sistema Easy, preconizada pelo Prof. Dr. Marcone Reis Luis e Prof. Ms. Luis Otávio de Oliveira, foi feito o pré-alargamento com a lima rotatória 25.05 até o CAD-5 mm e depois até o CAD-3 mm. Os instrumentos rotatórios (Figura 43) com ligas de níquel titânio (NiTi) passaram a ser usados na endodontia com o propósito de diminuir os erros de procedimentos e garantir um preparo dos sistemas de canais radiculares satisfatório. Esses instrumentos fornecem um preparo com mais agilidade, com conicidade, centralizados e com baixas taxas de irregularidades (VILAS-BOAS et al., 2013). Os sistemas rotatórios, produzidos com liga NiTi, tem um movimento de 360° e compõem uma admirável renovação nos métodos de instrumentação dos sistemas de canais radiculares, principalmente em canais atrésicos e curvos (AQUINO; LIMA; CÂMARA, 2015).

Figura 43 - Motor rotatório com suas limas rotatórias.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

A odontometria foi realizada pelo localizador apical (Figura 44), sendo determinado o CRD (comprimento real do dente) e CRT (comprimento real de trabalho). Sendo o CRD=21 mm e o CRT=20 mm. Por mais que a medida radiográfica seja a técnica mais utilizada na determinação do comprimento de trabalho, a odontometria eletrônica apresenta algumas vantagens em relação à odontometria radiográfica (EL SAMAN et al., 2016), já que o seu uso é limitado e impossibilita encontrar a redução apical, em função da existência de variáveis nas técnicas, angulações, entre outros fatores influenciadores na produção da imagem radiográfica, levando ao erro (SANTOS; SCARPARO, 2020).

Figura 44 - Localizador apical.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

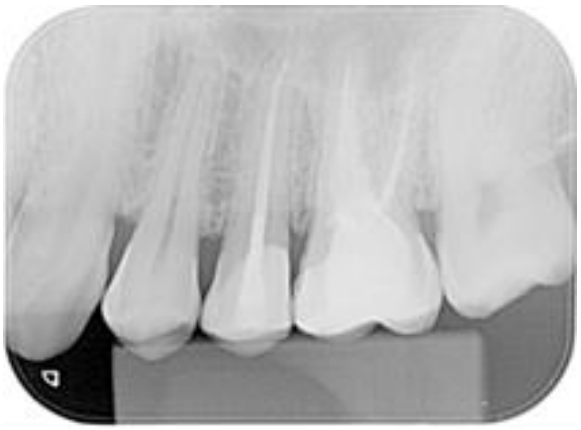
Após a definição da odontometria, foi colocada uma bolinha de algodão com otosporin, coltosol e ionômero de vidro. Na próxima sessão, o selamento foi removido e após a irrigação e sucção do canal foi feita a patência com instrumento 10k e depois com a lima rotatória 15.03 no CRD. Em seguida foi realizada a formatação final até o instrumento rotatório 25.05 no CT (comprimento de trabalho), de acordo com a anatomia do dente. Para a limpeza final, foi utilizado o método PUI (Passive Ultrassonic Irrigation) com uso do *easy clean* fazendo a combinação na seguinte sequência: 20 segundos de hipoclorito de sódio e 20 segundos de EDTA. Depois de efetuarmos a secagem dos canais com cones de papel esterilizados, foi feita a desinfecção dos cones de Odous de Deus e a radiografia de conometria com o cone devidamente travado no CT (Figura 45). Demos, assim, início à obturação; o cone de odous é passado no cimento obturador Sealapex e levado em posição, a seguir com ajuda do espaçador digital foram criados espaços para os cones acessórios.

Figura 45 - Radiografia de conometria do dente 25.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Logo depois, foi realizada a compactação termoplástica com auxílio do guta -condensor de número 35, no sentido horário. Por fim, fizemos a condensação vertical e limpamos a câmara pulpar com algodão embebido no eucaliptol e selamento triplo. Para terminar o tratamento endodôntico, foi feita a radiografia final (Figura 46). Por ela observamos que havia pouco remanescente dentário, sendo necessária a instalação de um pino de fibra de vidro para aumentar o suporte e resistência e, então, fizemos assim o planejamento de preparo para pino para a próxima sessão.

Figura 46 - Radiografia final do dente 25.



Fonte: Arquivo da autora (2022).

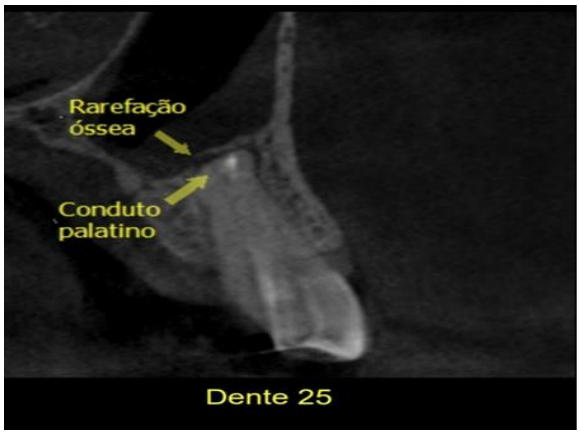
Dessa forma, na última sessão realizamos o preparo do conduto para pino. A princípio, medimos o comprimento de obturação, irrigamos com hipoclorito de sódio e começamos o preparo com a broca largo 1 no CO (comprimento de obturação), permanecendo 4mm de obturação na região apical. Ampliamos o canal com as brocas largo 2 e 3 e condensamos o remanescente com o calcador. Para fazer a limpeza das paredes do canal, utilizamos a lima 70 envolvida com bolinha de algodão embebida no eucaliptol, porém não houve uma limpeza por completo, assim utilizamos o ultrassom com a ponta *clear*, fazendo a devida limpeza. A figura 47 mostra a radiografia do elemento 25 após o preparo do conduto. Foi finalizado com selamento triplo e encaminhado para a clínica de prótese para a realização da instalação do pino e da confecção de uma coroa total unitária. A proservação será por um ano de 6 em 6 meses.

Figura 47 - Radiografia após preparo do conduto para pino do dente 25.

Fonte: Arquivo da autora (2022).

Portanto, após o tratamento finalizado e com o pino instalado, o paciente começou a queixar de dor na região, e então os professores do Unilavras fizeram o pedido de uma tomografia (Figura 48). Com essa em mãos foi visualizado um canal acessório na porção apical do elemento dentário 25, o qual não tinha visualização em uma radiografia periapical. Assim, devido às dificuldades anatômicas que o dente apresentava, decidimos encaminhar o paciente para atendimento com um especialista em endodontia experiente para fazer o retratamento endodôntico.

Figura 48 - Imagens da tomografia computadorizada do dente 25.



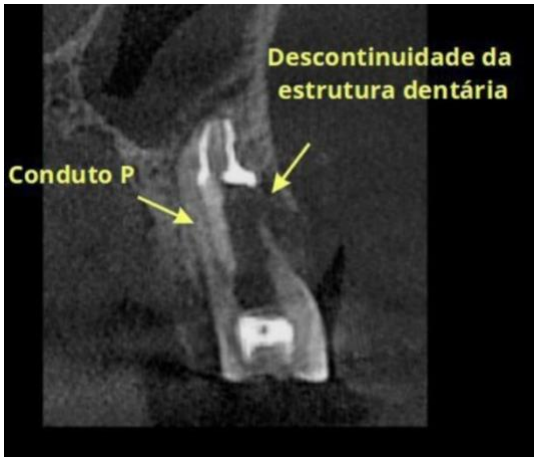
Fonte: Arquivo da autora (2022).

As bactérias e os microrganismos que permanecem no canal radicular após o tratamento endodôntico são os principais responsáveis pelo insucesso do tratamento. Apesar da infecção ser de natureza polimicrobiana, o *Enterococcus faecalis* é a espécie bacteriana mais frequente isolada, presente na maioria dos canais com necessidade de retratamento. Além da diversidade anatômica do sistema de canais radiculares, a dificuldade de eliminação do *E. faecalis* também está relacionada à sua alta resistência às substâncias químicas utilizadas durante a terapia endodôntica. Além disso, o *E. faecalis* possui a habilidade de penetrar os túbulos dentinários, aderir-se fortemente às paredes de dentina e, principalmente, organizar-se na forma de biofilme (ALMEIDA et al., 2015). Nesse caso específico, a presença de um canal acessório, o qual não foi possível de ser identificado por meio da radiografia periapical, pode ter contribuído para a permanência de bactérias nessa região específica.

Por fim, o retratamento endodôntico do dente 25 foi realizado pelo endodontista, que conseguiu acessar o canal acessório. No entanto, mesmo após a conclusão do retratamento endodôntico, o paciente apresentou uma fístula no dente em questão. Assim, foi solicitado um

novo exame de TC (Figura 49), no qual foi constatado uma descontinuidade da estrutura dentária no terço apical, sendo indicado a exodontia.

Figura 49 - Imagens da tomografia computadorizada do dente 25.



Fonte: Arquivo da autora (2022).

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Daniella Coelho Ferreira

Hoje, ao olhar para trás e ver quanta coisa aconteceu durante todos esses anos, desde que decidi vir fazer Odontologia, posso dizer como valeu a pena!

Todo esforço e dedicação, todas as renúncias, mas também todas as graças alcançadas para meu crescimento pessoal e profissional.

Não foi fácil e nunca achei que seria, mas o caminho que me trouxe até aqui foi muito abençoado e emocionante, de muitas conquistas e muita gratidão por poder estar aqui, neste dia, escrevendo meu trabalho de conclusão de curso, com o coração explodindo de alegria por ter escolhido a Odontologia e ter me encontrado dentro dessa profissão tão bonita.

A faculdade nos traz dias de insegurança, ansiedade, preocupações, mas principalmente muito aprendizado e companheirismo. Trago comigo as boas lembranças dessa trajetória, que compartilhei com muitas pessoas e cada uma delas contribuiu muito para que eu conseguisse chegar aqui.

A vivência que tive com meus pacientes foi muito além de um tratamento. As histórias de vida que conhecemos, o carinho e a confiança que recebemos, cada um deles me transformou um pouco e me fez querer ser melhor como ser humano e como profissional.

Sem Deus e sem aqueles que caminharam comigo dentro e fora da faculdade, nada disso seria possível. Fui muito ajudada a todo momento e a minha gratidão nem cabe nesse texto!!!

Sei que essa conquista é somente uma parte do caminho que ainda tenho a percorrer, mas encerro esse ciclo com a sensação de dever cumprido e com muita vontade de buscar cada dia mais conhecimento para me capacitar e transformar muitos sorrisos.

3.2 Autoavaliação da aluna Fernanda Luísa Almeida Arriel

Faculdade... para alguns, uma dúvida. Para outros, uma certeza! Ao saber que a tão sonhada possibilidade de me ingressar no curso de Odontologia poderia se concretizar, despertaram em mim várias emoções. Dentre elas, uma alegria inexplicável pela oportunidade, a incerteza de que daria conta de concluir o curso e a insegurança de morar longe de casa. No

decorrer do curso, todos esses sentimentos incertos desapareceram, pois não me restavam dúvidas de que fiz a escolha certa, ir em busca do tão sonhado desejo de infância: ser dentista.

A insegurança retornou após a decisão de trancar o curso por um ano, diante do nascimento de meu filho Ravi, e com ela vieram os questionamentos se teria feito a escolha certa, visto que atrasaria a formatura e iria para outra turma, diferente da que iniciei a faculdade. Essa decisão permitiu dedicar-me totalmente ao meu filho durante seu primeiro ano de vida e, em abril de dois mil e vinte e um, com o retorno das aulas e a possibilidade de ter que deixá-lo com outra pessoa para ir estudar, pensei em desistir. Mas, felizmente, esse pensamento não perdurou por muito tempo, pois tive a consciência que Ravi se tornou o verdadeiro motivo para ir em busca dos meus sonhos, na tentativa de ser um bom exemplo para ele. Optei, então, por me deslocar diariamente entre Bom Sucesso e Lavras, com a grande exigência de conciliar as duas missões: ser boa aluna e boa mãe.

A turma XXXV me acolheu de forma tão carinhosa que rapidamente as inseguranças não se faziam mais presentes no meu dia a dia. Com certeza, eles fizeram minha cansativa rotina se tornar um pouco mais leve.

Escrever este portfólio acadêmico é motivo de muita alegria para mim, pois ele indica que estou prestes a concluir a missão que me foi dada. Neste trabalho, dediquei-me incansavelmente e pude relembrar o especial caso de Frenectomia Labial Superior que tive a oportunidade de realizar, devolvendo satisfação estética a uma paciente muito jovem que, até então, era insatisfeita com seu sorriso. Sendo esse o principal motivo pelo qual escolhi essa profissão tão nobre: devolver bem-estar às pessoas e reforçar os vínculos pessoais.

Concluo que, hoje, não sou mais quem era quando iniciei a graduação. A grande exigência dos professores, os quais são minha inspiração, fez-me estar em constante busca pela evolução. Cada paciente que passou por mim deixou um pouco de si, e sou grata por terem cedido parte de sua história, para que assim eu pudesse construir a minha.

3.3 Autoavaliação da aluna Helena Ramos Lopes

Relembrando o que foi vivido nesses últimos 5 anos dentro do universo acadêmico, o que se torna para mim mais especial é o aprendizado como ser humano. Além de todo conhecimento adquirido para nos tornarmos bons profissionais, amadurecemos e crescemos

exponencialmente durante esse período, pois não somos preparados somente para o mercado de trabalho, mas também para a vida adulta.

Analisando por essa perspectiva, minha vida universitária me trouxe grandes aprendizados, e no meu ponto de vista estou sim apta, porém pronta para aprender mais. Embora, como já citado na apresentação, fugi da via de regra e conciliei minha experiência na faculdade com o maior desafio da vida que é ser mãe. Ter uma balança biológica e saber gerenciar meu tempo tanto para o crescimento estudantil, quanto para minha filha, trouxe-me grandes vantagens, e ao mesmo tempo limitações. No entanto, o sentimento nessa etapa final é duplamente gratificante.

Dentro do UNILAVRAS pude conhecer e aprofundar nas especialidades dentro da Odontologia, com todo apoio e suporte possível. A endodontia foi minha área escolhida para a primeira atividade vocacional, e mostrou-me o quanto precisamos misturar técnica, delicadeza, teoria e precisão. E, para o segundo semestre do último ano, escolhi uma área que se esse relato de caso descrito foi decisivo: a odontopediatria.

O caso relatado envolvia uma situação crítica de higiene bucal, destruição coronária envolvendo estética e autoestima e, por fim, uma criança carente e colaborativa, que já havia históricos tristes em sua vida. Como disse no início, prepararam-nos como humanos, pois em realidades assim que percebemos que não lidamos com boca e dentes, mas sim com pessoas no todo, e por isso foi o caso que mais me marcou enquanto acadêmica, por ter me feito atentar a cada pequeno detalhe que constrói a Odontologia.

Tais sinais que já havia percebido vendo minha mãe, que é dentista, trabalhar, e reafirmei na minha graduação. Aproveito mais uma vez para agradecer a ela e ao meu pai, que foram a base para meu sonho se tornar realidade. E com eles, juntamente meu irmão, minha filha, meu namorado e minhas amigas, que não mediram esforços para me ajudar em dias de ansiedade e celebrar dias felizes.

Enfim, sou extremamente grata por esse processo de evolução nesses 5 anos e pelas pessoas que ganhei nesse tempo, pelos momentos bons e ruins, memórias e sentimentos, principalmente o conhecimento e técnica que vou levar sempre comigo.

3.4 Autoavaliação da aluna Samara Morais dos Santos

Hoje, ao olhar para trás, vejo quantos acontecimentos nesses anos todos, com certeza para o meu crescimento pessoal e profissional. Muitos desses foram difíceis em meio a

ansiedade que experimentei e vivi ao longo da faculdade. Porém, trago comigo muitas lembranças boas e momentos enriquecedores, amizades novas, conhecimento e transformação, tudo o que fiz e vivi procurei sempre fazer bem-feito e com o coração.

Durante os anos da faculdade aprendemos não só cuidar da saúde bucal e do sorriso dos nossos pacientes. Mas também da saúde psicológica, recuperando a autoestima, a persistência em tentar ser melhor e a motivação em cuidar de si mesmo. Tornamo-nos seres humanos mais atenciosos e gratos por cada indivíduo que podemos ajudar através da Odontologia.

Tenho certeza de que sem Deus nada disso seria possível, e não teria chegado até aqui. Hoje vejo fotos dos anos anteriores que, além de recordarem bons momentos, mostram-me a menina que iniciou a faculdade há alguns anos imatura, com medo, longe dos pais e achando que tudo seria fácil, e agora vejo a mulher que Deus preparou, forte, pronta e com coragem para enfrentar o mundo e o que a profissão me propor.

Sei que tenho algo muito maior do que imagino para cumprir na minha vida e peço a Deus todos os dias que não seja somente uma profissão, e sim uma vocação onde posso servir e ser instrumento Dele.

3.5 Autoavaliação da aluna Tatielle Cardoso Resende

Começando esta autoavaliação, volto a lembrar que ser cirurgiã-dentista nunca foi minha primeira opção, mas hoje com toda certeza sei que não poderia ter escolhido outra profissão. Ao longo da graduação, entendi que a Odontologia vai muito além de dentes, ela devolve autoestima, saúde, bem-estar, função e sorrisos.

Durante todos esses anos de curso, houveram dias muito felizes e tranquilos, porém, houveram dias em que a ansiedade e o medo estavam presentes, mas com a ajuda dos professores e amigos compartilhando conhecimentos e experiências, tudo ficou mais tranquilo. Foi de extrema importância todos os desafios que superei, essenciais pra eu adquirir cada conhecimento e prática.

Fazer esse procedimento endodôntico me mostrou que cada paciente, cada dente, têm sua individualidade e sua anatomia, que a endodontia é uma verdadeira caixinha de surpresas. Podemos estar convictos de que o tratamento foi finalizado com sucesso, pois nos atentamos à anatomia, à técnica, fazendo uma boa instrumentação e obturação. Porém, com os sinais do paciente e com uma tomografia em alta resolução pudemos descobrir um canal, canal acessório

ou ramificação, mas que não deu para visualizar em uma radiografia periapical. Agradeço demais pelo enorme conhecimento que os professores Dr. Marcone Reis Luiz e Ms. Luís Otávio de Oliveira, que acompanharam o caso, proporcionaram.

Por fim, é gratificante ver que estou na reta final da graduação, uma felicidade indescritível, sensação de dever cumprido. Encerro essa etapa da minha vida mais madura e principalmente mais humanizada. Com certeza esse não será o final da minha caminhada profissional, e sim o começo, sempre buscando mais conhecimento e o melhor para os meus futuros pacientes, se Deus quiser.

Só tenho a agradecer a Deus por ter me guiado até essa profissão maravilhosa e durante toda essa etapa. Agradeço aos meu pais que batalharam para eu ter essa graduação, pelos professores por todo conhecimento, pelas funcionárias da clínica odontológica e a todos os pacientes pela confiança.

4 CONCLUSÃO

Com base nos trabalhos apresentados, concluímos que agregaram de forma enriquecedora para nossa formação, aprimorando conhecimentos, experiências, permitindo o nosso crescimento e evidenciando que a Odontologia vai muito além da cavidade bucal.

É imprescindível, assim, que o cirurgião dentista lembre que os procedimentos devem ter o máximo de responsabilidade, organização e planejamento, propiciando o sucesso nos tratamentos.

Diante disso, temos muito ainda a aprender, mas temos a certeza de que esses cinco anos foram de grande aprendizado, compreendendo a necessidade e a importância de todos terem acesso à Odontologia humanizada.

REFERÊNCIAS

AHMADI, R.; RAMAZANI, N.; NOURINASAB, R. Molar incisor hypomineralization: a study of prevalence and etiology in a group of Iranian children. **Iranian Journal of Pediatrics**, [Tehran], v. 22, n. 2, p. 245-251. June 2012.

ALALUUSUA, S. Aetiology of Molar-Incisor Hypomineralization: A systematic review. **European Archives of Paediatric Dentistry**, [Germany], v. 11, n. 2, p. 53-58, Apr. 2010.

ALENCAR, A. B. de; BERNARDES, G. T. **A importância da antissepsia intra e extraoral na odontologia:** Revisão de literatura. 2018. 19 p. Projeto de pesquisa (Bacharel em Cirurgião dentista) - Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, 2018.

ALMEIDA, J. de et al. Tratamento do biofilme intracanal de *Enterococcus faecalis* com suspensões de diferentes nanopartículas e irrigantes convencionais. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 51, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2015.

ALMEIDA, R. R. de et al. Abordagem da impactação e/ou irrupção ectópica dos caninos permanentes: considerações gerais, diagnóstico e terapêutica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 93-116, jan./fev. 2001.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. The use of dental radiographs: Uptade and recommendations. **JADA, The Journal of The American Dental Association**, v. 137, n. 9, p. 1304-1312, Sept. 2006.

AQUINO, M. B.; LIMA, D. A. M. de; CÂMARA, A. C. Avaliação comparativa da centralização do preparo biomecânico em canais instrumentados pelos sistemas RECIPROC e MTWO. In: XV ENEXT/I NExC, 2015, Pernambuco. **Anais...** PROExC: Pernambuco, 2015.

ASSMANN, E. et al. Dentin bond stregth of two mineral trioxide aggregate- based and one epoxy resin - based Sealers. **Journal of Endodontics**, [New York], v. 38, n. 2, p. 219-221, Feb. 2012.

BERMAN, L. H.; HARGREAVES, K. M.; ROTSTEIN, I. **Cohen - Caminhos da polpa**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

BERNARDES, R. A. et al. Evaluations of the flow Rate of 3 Endodontic sealers: sealer 26, AH Plus, and MTA Obtura. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodintics**, [Cleveland], v. 109, n. 1, p. 47-49, Jan. 2010.

BRUDER, C. et al. Frenectomia labial pela técnica de reposicionamento cirúrgico proposta por Chelotti. **Odonto**, [São Bernardo do Campo], v.23, n. 45-46, p. 11-18, jan./dez. 2015.

BUSATO, A. L. S.; MALTZ, M. **Cariologia:** Aspectos de dentística restauradora. São Paulo: (ABENO): Grupo A, 2014.

CAMPOS, C. de C. et al. Clínica odontológica infantil: passo a passo. **FUNAPE**, Goiânia, v. 1, p. 1-48, 2010.

CARVALHO, A. A. B. et al. Importância da tomografia computadorizada de feixe cônico na avaliação de canino incluso na maxila. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 143-149, abr./jun. 2017.

CASTILHO, A. R. F. de et al. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 116-123, abr. 2013.

CHANDRA, S. S. et al. Depth of penetration of four resin sealers into radicular dentinal tubules: A confocal microscopic study. **Journal of Endodontics**, [New York], v. 38, n. 10, p. 1412-1416, Oct. 2012.

CHANDRASEKHAR, V. et al. Expansion of gutta-percha in contact with various concentrations of zinc oxido-eugenol sealer: a three-dimensional volumteric study. **Journal of Endodontics**, v. 37, n. 5, p. 697-700, May 2011.

DOMINGOS, P. A. S. et al. Hipomineralização molar-incisivo: revisão de literatura. **Journal of Research in Dentistry**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 8-12, jun. 2019.

EL SAMAN, R. P. et al. Localizadores apicais: Revisão de literatura. **ClipeOdonto**, Unitau, v. 8, n. 1, p. 51-57, jul. 2016.

FARIA, I. Z. Análise experimental da resistência à tração de fios de sutura utilizados em Odontologia. **Research, Society and Development,** [Vargem Grande Paulista], v. 10, n. 15, p. 1-9, nov. 2021.

FERREIRA, C. M. M. **Escovação durante 2 minutos**. Revisão de literatura. 2013. Disponível em: <http://odontomalagutiferreira.com.br/artigos/8159/dentes-devem-ser-escovados>. Acesso em: 01 jul. 2022.

GERZSON, A. S. et al. Controle farmacológico da dor pós operatória na odontologia: uma revisão. **RSBO: revista sul-brasileira de odontologia.** Joinvilhe. Vol. 18, n. 1, p. 107-114. Jan/Jun 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/242566>. Acesso em: 22 set 2022.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 832p.

KALA, M. et al. A Comparative Evaluation of Fracture Resistance of Endodontically Treated Teeth Obturated with AH Plus with GuttaPercha, Guttaflow with GuttaPercha and Resilon Epiphany- an Invitro Study. **Journal of Dental and Medical Sciences**, [Ghaziabad], v. 13, n. 3, p. 54-58, Jan. 2014.

KLUK, E. et. al. Uma abordagem sobre a Clorexidina: Ação antimicrobiana e modos de aplicação. **Revista Gestão & Saúde**, [Brasília], v. 4, n. 1, p. 07-13, 2016.

LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. de T. **Tratamento de Canais Radiculares**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017.

LIMA, I. L. A. et al. Radiografias convencionais e tomografia computadorizada cone-beam para localização de dentes inclusos: Relato de caso. **Arquivo Brasileiro de Odontologia,** Belo Horizonte, v. 52, p. 58-64, jan. 2009.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia:** Biologia e técnica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia:** Biologia e técnica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

LUSTOSA, R. A. O uso de analgésicos e anti-inflamatórios para o controle da dor na odontologia. **Uniceplac, jul** 2022. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/1931>. Acesso em: 22 set de 2022.

MANZI, F. R. et al. Uso da tomografia computadorizada para diagnóstico de caninos inclusos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, [Governador Valadares], v. 20, n. 53, p. 103-107, 2011.

MARÍN-BAUZA, G. A. et al. Physicochemical properties of endodontic sealers of different bases. **Journal of Applied Oral Science**, [Bauru], v. 20, n. 4, p. 455-461, July/Aug. 2012.

MARTINS, M. M. et al. A importância da tomografia computadorizada volumétrica no diagnóstico e planejamento ortodôntico de dentes inclusos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 117-120, maio 2009.

MUNIZ, R. S. C. **Eficácia da laserterapia associada à fluorterapia na dessensibilização de dentes hipomineralizados:** Ensaio clínico randomizado. 2019. 71 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade CEUMA, São Luís, 2019.

PAIVA, M. F.; ZEN, I.; SILVA, I. F. da. Reabilitação estética e funcional anterior em paciente com cárie na primeira infância. **Archives of Health Investigation**, [Araçatuba], v. 10, n. 1, p. 78–81, out. 2021.

PINTO, S. A. M. **Tratamento cirúrgico do freio labial superior.** Cespu: instituto universitário de ciências da saúde. Gandra, jul 2018. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3010>. Acesso em: 22 set 2022.

POLICENA, G. M.; FERREIRA, R. B.; VIEIRA, L. D. S. **Reabilitação Bucal na primeira infância - Revisão de literatura.** 2019. 4 p. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/233/1/Guilherme_Policena_0003206.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

PORTO, C. C. **Semiologia médica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 50-56.

RIBEIRO, E. T. et al. Dentes inclusos associados a cistos e tumores odontogênicos: condutas terapêuticas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 78-88, abr./jun. 2015.

RIBEIRO, H. Z. V. **Avaliação do efeito da profilaxia profissional com jato de bicarbonato de sódio sobre o esmalte de dente bovino e do efeito remineralizador da saliva artificial. Estudo *in vitro*.** 2015. 108 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

SANTOS, D. P. **Controle da Ansiedade Odontológica:** Estudo comparativo entre a sedação oral com midazolam e a sedação consciente com a mistura de óxido nitroso e oxigênio em pacientes submetidos à extração de terceiros molares inferiores. 2012. 78 p. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SANTOS, R. B.; SCARPARO, R. K. Odontometria, esvaziamento e preparo cervical. In: **Equipe de endodontia da URFGS. Endodontia pré-clínica**. Porto Alegre: Evangraf, 2020. p. 83-97. Cap. 5.

SENGIK, A. S.; RAMOS, F. B. Concepção de morte na infância. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 379-387, jun. 2013.
SOARES, A. L. et al. Reabilitação estética na primeira infância: Relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v. 26, n. 2, p. 91-98, jul./dez. 2016.

SPEZZIA, S. Hipomineralização molar incisivo em odontopediatria: considerações gerais. **Journal of Oral Investigations**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 100-113, jan./jun. 2019.

VILANI, P. N. L. et al. Hipomineralização molar-incisivo: relato de caso clinico. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v. 24, n. 1, p. 64-68, jan./jun. 2014.
VILAS-BOAS, R. C. et al. RECIPROC: Comparativo entre a cinemática reciprocante e rotatória em canais curvos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, [Goiânia], v. 22, n. 63. p. 164-168, 2013.