

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FLÁVIA LEITE MENDONÇA
ISABELA MAYRINK SILVA GRAÇANO MARTELLETTO
LUANA CAROLINE CARVALHO PEREIRA
MARIA PAULA AVELAR CARDOSO
VYTÓRIA APARECIDA REZENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2023

FLÁVIA LEITE MENDONÇA
ISABELA MAYRINK SILVA GRAÇANO MARTELLETTO
LUANA CAROLINE CARVALHO PEREIRA
MARIA PAULA AVELAR CARDOSO
VYTÓRIA APARECIDA REZENDE

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

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

M539p Mendonça, Flávia Leite.
Portfólio acadêmico / Flávia Leite Mendonça, Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto, Luana Caroline Carvalho Pereira, Maria Paula Avelar Cardoso, Vytória Aparecida Rezende. – Lavras: Unilavras, 2023.

86f.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras, Lavras, 2023.

Orientador: Prof.^a Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino.

1. Cárie na primeira infância. 2. Anquilose. 3. Biopulpectomia. 4. Prótese total imediata. 5. Frenectomia lingual. I. Martelletto, Isabela Mayrink Silva Graçano. II. Pereira, Luana Caroline Carvalho. III. Cardoso, Maria Paula Avelar. VI. Rezende, Vytória Aparecida. V. Tourino, Luciana Fonseca Pádua Gonçalves. (Orient.). VI. Título.

FLÁVIA LEITE MENDONÇA
ISABELA MAYRINK SILVA GRAÇANO MARTELLETTO
LUANA CAROLINE CARVALHO PEREIRA
MARIA PAULA AVELAR CARDOSO
VYTÓRIA APARECIDA REZENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADAS EM: 04 de setembro de 2023.

ORIENTADORA

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

MEMBRA DA BANCA

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

LAVRAS-MG

2023

AGRADECIMENTOS

Nosso agradecimento em primeiro lugar é a Deus, pela abençoada trajetória que escreveu para nós, e por nos ter dado força nas nossas dificuldades se fazendo presente em todos os momentos.

Nossa gratidão é imensa, por reconhecermos o quanto é um privilégio único poder realizar a graduação em Odontologia. E nada disso seria possível sem o apoio dos nossos pais, a quem seremos eternamente gratos por terem se doado tanto, muitas vezes abdicando de suas necessidades para tornar esse sonho realidade. Aos nossos familiares e amigos mais próximos, pela torcida e amparo nos momentos de dificuldade e por comemorarem nos momentos de alegria.

Um agradecimento especial à nossa orientadora, Profa. Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, que esteve presente, de forma tão entregue e prestativa, doando o seu melhor, orientando-nos de forma leve e esclarecida. Aos professores que acompanharam os casos apresentados no nosso trabalho de conclusão de curso, Gilberto de Oliveira Júnior, Ísis Maria Patto Carvalho, Nelson Pereira Marques, Renata de Carvalho Foureaux, Ricardo Augusto Barbosa e Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, por terem nos ensinado com paciência e zelo, encorajando em nossos medos, acreditando em nossas capacidades, quando nem nós mesmos acreditávamos.

Ao nosso coordenador Prof. Dr. Douglas, que sempre busca entregar o melhor para o nosso curso, tornando-o referência, além de sempre estar apto a nos ajudar em nossas tribulações. A todos os professores, que entregam todo o seu conhecimento, acompanhando cada novo passo e aprendizado, torcendo pelo nosso desenvolvimento e crescimento profissional.

Não podíamos deixar de agradecer a todos os colaboradores, que são a base da faculdade, fazendo ela funcionar de forma tão organizada, tratando todos nós de forma carinhosa e atenciosa, tornando-se bons amigos, e em especial às funcionárias da recepção, Maria e Gislaíne, às responsáveis pelas clínicas, Djeane, Cintia, Tainara e Shirley, e à equipe da esterilização.

E, para finalizar, somos gratas aos nossos queridos pacientes, por confiarem em nós, com tanta benevolência, e por terem feito parte dessa fase tão especial de nossas vidas, eles que proporcionaram muito além de aprendizagens técnicas, e de uma forma especial vão se tornar doces lembranças em nossas memórias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fotos da situação inicial das arcadas superior e inferior.....	16
Figura 2	Cariostático utilizado no tratamento.	18
Figura 3	Dentes escurecidos após o uso do cariostático.....	19
Figura 4	Termo de conscientização e autorização do uso do cariostático.....	19
Figura 5	Imagem de imobilização protetora realizada em uma paciente durante o atendimento na Bebê Clínica.	20
Figura 6	Dentes 54 e 84 após escavação e selamento com ionômero de vidro.....	21
Figura 7	Receita prescrita para o paciente, para realização da exodontia.	22
Figura 8	Alvéolo após a extração da raiz residual do dente 62.	24
Figura 9	Raiz residual do elemento 62 extraída.	24
Figura 10	Radiografia periapical inicial do elemento 64.	28
Figura 11	Situação clínica após uma semana..	29
Figura 12	Radiografia panorâmica.	29
Figura 13	Aparelho fixo instalado.	30
Figura 14	Coroa de aço cimentada.	32
Figura 15	Radiografia periapical após 5 meses ilustrando ligeira extrusão do dente 64. ...	33
Figura 16	Imagem demonstrando o contato oclusal e manutenção do espaço méso-distal após os 5 meses.....	33
Figura 17	Radiografia periapical após 8 meses.	34
Figura 18	Radiografia periapical do elemento 47.	37
Figura 19	Mesa clínica.	38
Figura 20	Mesa auxiliar.	38
Figura 21	Radiografia de estudo com a medida do CAD.....	39
Figura 22	Odontometria dos canais mesial e distal.	41
Figura 23	Lima 10k após a patência do canal mesial.	41
Figura 24	Radiografia de lima memória.	42
Figura 25	Radiografia de conometria do elemento 47.	43
Figura 26	Radiografia de condensação lateral do elemento 47.	43
Figura 27	Radiografia do elemento 47 com o tratamento endodôntico finalizado e com selamento triplo provisório.	44

Figura 28 Situação clínica final do elemento 47 com o tratamento endodôntico finalizado e com selamento provisório.	44
Figura 29 Fotografia inicial do caso clínico.	48
Figura 30 Carta ao médico para controle da pressão arterial.	49
Figura 31 Mapa pressórico da PA (pressão arterial).	50
Figura 32 Receituário com a prescrição dos anti-hipertensivos.	51
Figura 33 Autorização médica para tratamento.	52
Figura 34 Radiografia panorâmica.	53
Figura 35 Radiografias periapicais dos dentes superiores.	54
Figura 36 Radiografias periapicais dos dentes inferiores.	54
Figura 37 Segunda carta ao médico.	56
Figura 38 Solicitação de exames glicêmicos.	57
Figura 39 Resposta da carta ao médico.	58
Figura 40 Modelo de gesso com o planejamento da divisão das extrações.	59
Figura 41 Dispositivo para planos de orientação feito com resina acrílica e cera.	59
Figura 42 Registro de mordida.	60
Figura 43 Montagem dos modelos em articulador.	60
Figura 44 Termo de consentimento.	62
Figura 45 Dentes 16, 26, 27 e 28 extraídos.	63
Figura 46 Alvéolo após as extrações.	64
Figura 47 Sutura contínua festonada.	64
Figura 48 Prótese Total Imediata instalada e ajustada após a cirurgia.	65
Figura 49 Freio lingual curto com inserção anteriorizada.	68
Figura 50 Exame radiográfico inicial.	69
Figura 51 Momento da anestesia sublingual.	70
Figura 52 Transpasse da língua com fio de seda.	71
Figura 53 Corte e divulsão do tecido.	72
Figura 54 Ferida após o corte com a tesoura e o descolamento dos tecidos adjacentes.	72
Figura 55 Primeiro ponto simples, no centro da ferida, na língua.	73
Figura 56 Aspecto final da ferida com a sutura concluída.	73
Figura 57 Receituário.	74
Figura 58 Cicatrização do tecido 7 dias após a frenectomia.	75

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Situação clínica dentária e plano de tratamento individual.	16
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEV	Atividades específicas vocacionais
AL	Anestésico local
CAD	Comprimento aparente do dente
CPI	Cárie de primeira infância
CRI	Comprimento real do instrumento
CT	Comprimento de trabalho
DC	Doença cárie
DFP	Diamino fluoreto de prata
EDTA	Ácido etilenodiamino tetra-acético
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FL	Freio lingual
HA	Hipertensão arterial
N	Newtons
NAI	Nervo alveolar inferior
PA	Pressão arterial
PPR	Prótese parcial removível
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Prótese total
PTI	Prótese total imediata
PUI	Irrigação ultrassônica passiva
RPM	Rotações por minuto
UFMG	Universidade Federal de Belo Horizonte
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Flávia Leite Mendonça.....	12
2.1.1 Desenvolvimento das atividades	13
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto	25
2.2.1 Desenvolvimento das atividades	27
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Luana Caroline Carvalho Pereira	34
2.3.1 Desenvolvimento das atividades	35
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Paula Avelar Cardoso	44
2.4.1 Desenvolvimento das atividades	47
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vytória Aparecida Rezende	66
2.5.1 Desenvolvimento das atividades	67
3 AUTOAVALIAÇÃO	76
3.1 Autoavaliação da aluna Flávia Leite Mendonça.....	76
3.2 Autoavaliação da aluna Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto	77
3.3 Autoavaliação da aluna Luana Caroline Carvalho Pereira	78
3.4 Autoavaliação da aluna Maria Paula Avelar Cardoso	79
3.5 Autoavaliação da aluna Vytória Aparecida Rezende	80
4 CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

O intuito deste portfólio é descrever os casos clínicos e as experiências em que cinco graduandas do curso de Odontologia, do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, desenvolveram ao longo de cinco anos de graduação. Sendo assim, todos casos a serem mostrados aqui buscam enfatizar a Odontologia de forma ampla, mostrando não somente a parte técnica, mas sim lidando de forma humana, abordando também a parte psicológica, a estética e a qualidade de vida de cada paciente.

Nesse sentido, a acadêmica Flávia Leite Mendonça relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 3 anos e 4 meses, que compareceu à Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras, com indicação para tratamento na Bebê Clínica. O paciente foi diagnosticado com cárie na primeira infância causada pelas más condições de higienização e alimentação. O tratamento proposto foi a reabilitação bucal, sendo relatadas as escavações em massa e extrações realizadas.

A acadêmica Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto relata o caso clínico de uma paciente sexo feminino, com 6 anos de idade, que compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, para tratamento na Clínica Infantil III, onde já estava em tratamento da anquilose apresentada no dente 64. Foi relatada a recuperação do espaço perdido, através de um aparelho ortodôntico e posteriormente a colocação de uma coroa de aço no intuito do dente ficar em oclusão como tentativa de estimular sua movimentação e de manter o espaço para erupção do dente permanente sucessor.

A acadêmica Luana Caroline Carvalho Pereira relata o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 28 anos, que compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, na disciplina de Atividades Vocacionais de Endodontia, com queixa de dor exacerbada e espontânea que intensificava em decúbito sem êxito, mesmo com o uso de analgésico por um longo período de tempo. O diagnóstico foi pulpíte aguda irreversível no dente 47 e o tratamento realizado foi uma biopulpectomia.

A acadêmica Maria Paula Avelar Cardoso relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 60 anos, que foi encaminhado pelo cirurgião dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, a princípio para realização de uma exodontia de raiz residual e avaliação da dor em vários elementos dentários. Entretanto, ao analisar as condições do paciente, o tratamento proposto foi a realização da

exodontia de todos os dentes superiores e a confecção de uma Prótese Total Imediata (PTI) superior em conjunto com uma Prótese Parcial Removível (PPR) inferior para melhor oclusão.

A acadêmica Vytória Aparecida Rezende relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 8 anos, venezuelano, que procurou a Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras para tratamento de urgência na Clínica de Infantil II. Durante a realização dos exames e procedimentos de urgência foi observado que o paciente apresentava um freio lingual curto com inserção anteriorizada, sendo a intervenção realizada uma frenectomia lingual.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Flávia Leite Mendonça

Meu nome é Flávia Leite Mendonça, nascida e criada na cidade de Carrancas – MG, cidade vizinha e bem próxima de Lavras. Ingressei no curso de Odontologia do UNILAVRAS em 2019, no ano seguinte da minha conclusão do ensino médio. Tinha apenas 17 anos e concluirei minha graduação com 22 anos.

Até esse momento, havia vivido toda minha infância e adolescência na zona rural com meus familiares, por gostar muito daquela vida mais tranquila e simples do meio rural, e essa mudança para outra cidade foi algo que pesou na faculdade e me fez sentir muita falta. Porém, logo esse sentimento foi se amenizando e tornando algo pequeno e passageiro, já que estava realizando o sonho de estar cursando algo que sempre almejei desde muito pequena.

O meu grande despertar para o curso de Odontologia foi meu contato prolongado com uma ortodontista durante meu tratamento. Foi naquele momento que fui pesquisando mais sobre o curso e me encantando cada vez mais. E fui desenvolvendo muito interesse pela especialidade de cirurgia, o que não prevaleceu na faculdade.

Minha escolha pelo Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS não foi apenas por estar perto de casa, mas também por toda a infraestrutura que a faculdade proporciona e a excelente qualidade do curso, assim tinha certeza de que estaria em lugar que eu pudesse me tornar uma boa profissional.

Conforme fui conhecendo as clínicas e atendendo aos pacientes, acabei criando vínculo e muito amor pela odontopediatria, pois foi a clínica que mais me identifiquei, obtive muito aprendizado e possibilidade de acompanhar desde bebezinhos até os que iniciava a adolescência, e admirava muito a conduta e método dos professores, e o que mais me marcou foi aprender a manejar as crianças durante os atendimentos, proporcionando um tratamento leve e empático, sempre enfatizando a prevenção. E não poderia deixar de citar a clínica voltada para adultos, que descobri mais um gosto, que seria pela endodontia, e foi onde tive oportunidade de aprender diversos procedimentos, e acompanhar muitas histórias marcantes de vida.

Com isso, nesses anos de graduação, pude amadurecer e ter um grande desenvolvimento pessoal e profissional, sabendo que ainda vou ter uma grande trajetória pela frente nessa profissão digna de muita admiração e orgulho. E termino o curso com o propósito de levar a

odontologia aos mais necessitados, levando a eles muito zelo, respeito, cuidado e mais um motivo para sorrir.

Com as experiências que vivenciei durante o curso, decidi relatar como caso clínico para meu trabalho de conclusão de curso, um paciente que atendi e realizei o tratamento, sendo orientada pela professora Isis, no estágio da Bebê Clínica, no UNILAVRAS. O paciente, com 3 anos e 4 meses de idade, do sexo masculino, compareceu à Clínica de Odontologia apresentando cárie da primeira infância, em que a doença já se encontrava muito avançada, acometendo vários elementos dentários e causando destruição coronária em alguns destes.

2.1.1 Desenvolvimento das atividades

O presente caso relata o atendimento realizado em um paciente com 3 anos de idade, que foi atendido no estágio supervisionado da Bebê Clínica. Teve início na sua primeira consulta a realização da anamnese, que possibilitou um momento de descontração com o paciente e com a mãe, sendo possível conhecê-los melhor e saber da sua história. Porém, desde o início já foi observada uma grande dificuldade de criar um vínculo entre paciente/dentista, mesmo com as técnicas de manejo sendo usadas.

Foi utilizada a técnica Falar-Mostrar-Fazer, que é um método utilizado para iniciar a criança no atendimento odontológico e consiste em explicar o que será feito no paciente (falar), demonstrar como funciona (mostrar) e finalmente realizar (fazer), relatado por Guedes-Pinto (2010).

A técnica de distração também foi utilizada com o auxílio de balão, fantoche e os próprios brinquedos que o paciente levava. Conforme Guedes-Pinto (2010), tem como propósito desviar a atenção da criança dos procedimentos desagradáveis por meio da diversão.

A criança ficou o tempo todo grudado com a mãe e chorando, mostrando bastante medo da consulta, em momento algum teve abertura de uma conversa ou brincadeira, demonstrando ter um comportamento difícil, mesmo considerando a idade, além de apresentar uma certa dificuldade na fala e um leve atraso no seu desenvolvimento.

Na anamnese, a mãe relatou como queixa principal que, por volta de um ano, o bebê teve uma queda, quando bateu os incisivos centrais superiores, e que a partir desse momento ela passou a ter dificuldade em realizar a escovação, pois o filho ficava totalmente resistente e nervoso, e com isso veio a pandemia da COVID-19 e ela ficou temerosa de levá-lo ao dentista para atendimento, e citou que a boca estava bem prejudicada.

Com a continuação da consulta, foi relatado o hábito de mamar na mamadeira à noite, e sem a higiene após, o que influencia muito na cárie da primeira infância (CPI), pois durante a noite há uma redução de produção de saliva, diminuindo o efeito tampão da saliva. É válido ressaltar que o efeito tampão tem a função de manter o equilíbrio do pH na cavidade bucal, que fica em torno de 6,9 e 7,0 o que ajuda a preservar o excesso de ácidos.

Como mencionam Pineda, Osorio e Franzin (2014), a CPI, uma doença crônica e multifatorial, ocorre quando há a presença de um ou mais dentes decíduos com lesão cariosa, com ou sem cavitação, em crianças com menos de 71 meses de idade. É considerado um problema de saúde pública, que pode ser prevenido e controlado, porém, sem nenhum tipo de intervenção, essa doença pode causar total destruição no elemento dentário, além de prejudicar o desenvolvimento e crescimento da criança. Com isso, os tratamentos podem ser mais conservadores, quando em estágio inicial, e no estado mais grave passam a ser mais invasivos.

Segundo os mesmos autores, entende-se como causa da CPI a má alimentação, como a ingestão de carboidratos fermentáveis em alta frequência, o consumo de líquidos adoçados, seja leite ou suco, juntamente com a falta da higienização, que elevam a chance do desenvolvimento da doença. Outro ponto a ser observado e pontuado como causa são as mamadas noturnas, quando a mãe amamenta a criança várias vezes no período da noite e não realiza a higiene bucal. A bactéria metaboliza o carboidrato ingerido e produz ácidos que leva à diminuição do pH. A saliva é um mecanismo que ajuda no controle do desenvolvimento da doença cárie, por ter a capacidade de neutralizar os ácidos produzidos pela cárie, porém, à noite há uma redução da produção salivar diminuindo consideravelmente a capacidade de remineralização, por isso a importância de ter o controle das mamadas noturnas.

Sempre que o açúcar for ingerido, as bactérias existentes no biofilme dentário irão produzir ácidos capazes de desmineralizar a estrutura dental à medida que o pH estiver baixo. Após algum tempo de exposição ao açúcar, há a elevação do pH, e para que o esmalte-dentina e saliva consigam repor os minerais dissolvidos, ocorre a remineralização. A diminuição do pH deve ser interrompida tanto pela ação dos elementos-tampões fluídos da placa, como pela saliva, antes que a lesão de cárie seja irreversível, conforme relatado por Bernardes, Dietrich e França (2021).

De acordo com Silva et al. (2015), o tratamento da CPI vai ser de acordo com a gravidade do caso. Em pacientes que a doença cárie está na fase inicial, por exemplo, apresentando lesões de mancha branca, a indicação é aplicação de verniz fluoretado, selantes com ionômero em sulcos e o reforço da instrução de higiene oral, a fim dos hábitos serem

mudados, e acontecer a inativação dessas lesões. Já em casos que possuem cavitação, é necessária a realização de restaurações após a remoção do tecido cariado, e em caso de dor e infecção o tratamento passa a ser mais intenso, como a pulpectomia e, em último caso, a extração do elemento.

Após a conclusão da anamnese, foi possível obter informações favoráveis ao tratamento, devido ao paciente não possuir nenhum problema de saúde, nenhum tipo de alergia a medicamento e sem histórico de dor.

Seguindo o protocolo de atendimento da Bebê Clínica do UNILAVRAS, na primeira consulta de bebês e crianças menores geralmente não é realizado nenhum tipo de exame clínico, para dar a chance para eles se habituarem ao consultório, proporcionando um momento descontraído e sem estresse, e assim serem motivados a voltar na próxima consulta, quando seriam feitos os exames clínicos.

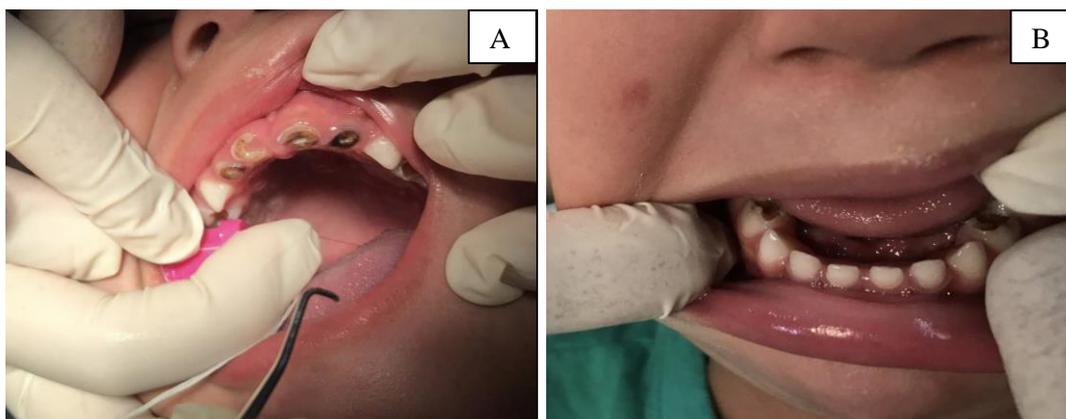
Porém nesse caso, pela aparente gravidade, foi decidido fazer um breve exame clínico, como mostra no (Quadro 1) sendo necessário a mãe segurá-lo, mas sem uso do abridor de boca, para ser um pouco menos desconfortável. Foi confirmado destruições coronárias de todos os incisivos superiores, com presença de fístula drenando pela gengiva na face vestibular do elemento 62 - lesões de cáries com cavidades extensas nos 4 primeiros molares decíduos (Figura 1 – A e B).

Quadro 1 - Situação clínica dentária e plano de tratamento individual.

Elemento	Diagnóstico	Tratamento
55	Hígido	Proservar
54	Lesão de cárie ativa com cavitação na oclusal	Escavação e selamento provisório com Ionômero de vidro (IV)
53	Hígido	Proservar
52	Destruição coronária	Pulpectomia
51	Destruição coronária	Extração
61	Destruição coronária	Pulpectomia
62	Destruição coronária	Extração
63	Hígido	Proservar
64	Lesão de cárie ativa com cavitação na oclusal	Escavação e selamento provisório com IV
65	Hígido	Proservar
75	Hígido	Proservar
74	Lesão de cárie ativa com cavitação na oclusal	Escavação e selamento provisório com IV
73	Hígido	Proservar
72	Hígido	Proservar
71	Hígido	Proservar
81	Hígido	Proservar
82	Hígido	Proservar
83	Hígido	Proservar
84	Lesão de cárie ativa com cavitação na oclusal	Escavação e selamento provisório com IV
85	Hígido	Proservar

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Figura 1 - Fotos da situação inicial das arcadas superior e inferior.



(A) Arcada superior, (B) arcada inferior. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

As tomadas radiográficas dos dentes anteriores superiores foram realizadas na segunda sessão, utilizando a técnica da radiografia periapical modificada. Para a idade do paciente, a tomada radiográfica é realizada com o filme periapical número 2 (o mesmo utilizado para tomadas periapicais em adultos), em posição oclusal. “Para a região anterior em maxila, o cone

do aparelho deve estar posicionado na ponta do nariz e o feixe central de raios- X deve incidir com a angulação entre 35° e 45° sobre o filme” (GUEDES–PINTO, 2010, p. 89-90).

Durante a radiografia, foi necessário que a mãe sentasse e segurasse a criança no colo, para sua estabilização, usando colete de proteção, e foi necessário que eu segurasse o filme na posição correta, também com a devida proteção, com o colete de chumbo.

O exame radiográfico mostrou grande destruição coronária nos elementos anteriores superiores, como visto clinicamente, podendo observar também lesões de cárie se estendendo para as raízes dos elementos 51 e 62. Pela condição em que se encontrou, a prioridade no momento foi o atendimento de urgência, que teve início na semana seguinte.

Com isso, o tratamento inicial do paciente foi a adequação do meio bucal. Levando em consideração que a infecção nos dentes 51 e 62 estava controlada, onde não foi feito a prescrição de antibiótico. Com isso foi determinado tratar primeiramente os dentes posteriores, com o intuito de que essas lesões não progredissem, levando a um comprometimento pulpar. Além disso, é importante ressaltar a preocupação com a perda de espaço na região posterior, o que não é um problema significativo na região anterior.

Conforme Munhaes e Souza (2022), com a perda precoce dos dentes decíduos, a preocupação é com a perda de espaço, porém esse problema é mais relacionado a dentes posteriores, pois com sua ausência vai ter a redução do comprimento do arco, levando a problemas futuros de mau posicionamento na dentição permanente. Outro problema relacionado à perda desse grupo é a mastigação, pois realizam essa função. Porém, nos elementos anteriores os problemas são menores, geralmente não há perda de espaço e interferem menos na mastigação, tendo como função o corte dos alimentos. Com isso, não há problemas significativos na oclusão, tendo como consequência em alguns casos os hábitos deletérios, de levar a língua para frente, onde os dentes estão ausentes, e outra consequência seria uma dificuldade na fala, como pronúncia de consoantes.

A primeira etapa do tratamento foi a aplicação de cariostático, que tem como função a paralisação da cárie e ajuda a diminuir a sensibilidade. Foi utilizado o cariostático *Riva Star Aqua* (Figura 2), contendo 2 frascos com líquido que são aplicados em dois passos, usando a medida de 1 para 2, sendo a aplicação feita com o auxílio de um *microbrush* na região de tecido cariado, e com cuidado para não ter contato com os tecidos moles. A indicação para seguir o tratamento é aguardar uma semana.

Figura 2 - Cariostático utilizado no tratamento.

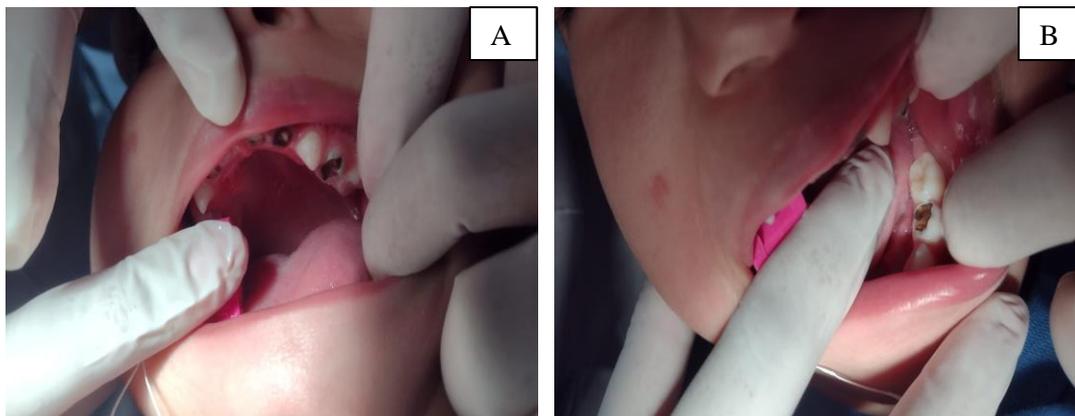


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Choquet (2020) relata que o cariostático diamino fluoreto de prata (DFP) é usado e indicado quando o paciente possui muitas lesões de cáries ativas, e é preciso de uma intervenção rápida para paralisar essas lesões. O DFP possui três componentes ativos: prata, fluoreto e iodeto. E estes elementos agem paralisando a lesão de cárie, evitando sua progressão e disseminação.

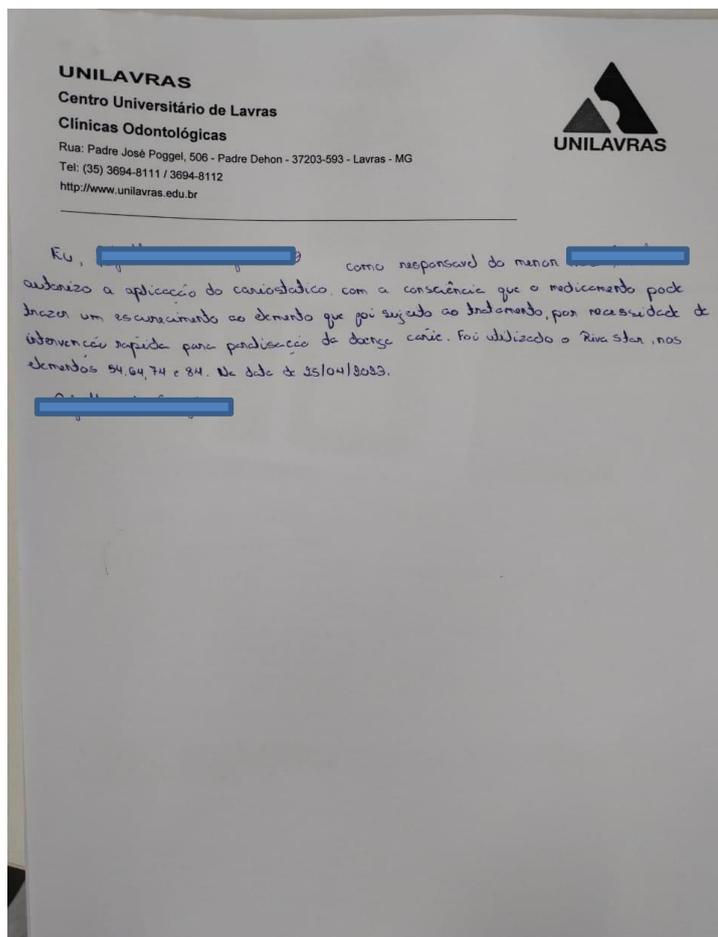
É importante ressaltar que esse medicamento causa um escurecimento no local do dente onde há lesão de cárie. Comparado aos outros cariostáticos existentes no mercado, o medicamento que foi usado deixa o dente menos escurecido, mas há um escurecimento conforme mostra a figura 3 (A - B). Dessa forma, foi bem explicado para a mãe e foi feito um termo de conscientização e autorização do uso (Figura 4).

Figura 3 - Dentes escurecidos após o uso do cariostático.



(A) Dente 64 após o uso do cariostático. (B) Dente 74 após o uso do cariostático. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 4 - Termo de conscientização e autorização do uso do cariostático.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A decisão do seu uso foi devido à presença de várias lesões cáries e pelo comportamento negativo do paciente, o que dificultava o tratamento e influenciava na higiene bucal realizada pela mãe. Durante todo o tratamento, que não ocasiona dor, foi necessário a

imobilização protetora do paciente e uso de abridor de boca, em que a mãe se deitou na cadeira junto com o paciente, de bruços, e olhando frente a frente para ele, além de um auxiliar segurando a cabeça e o abridor de boca, e outro dando apoio na região dos ombros, conforme mostra o exemplo da figura 5.

Figura 5 - Imagem de imobilização protetora realizada em uma paciente durante o atendimento na Bebê Clínica.



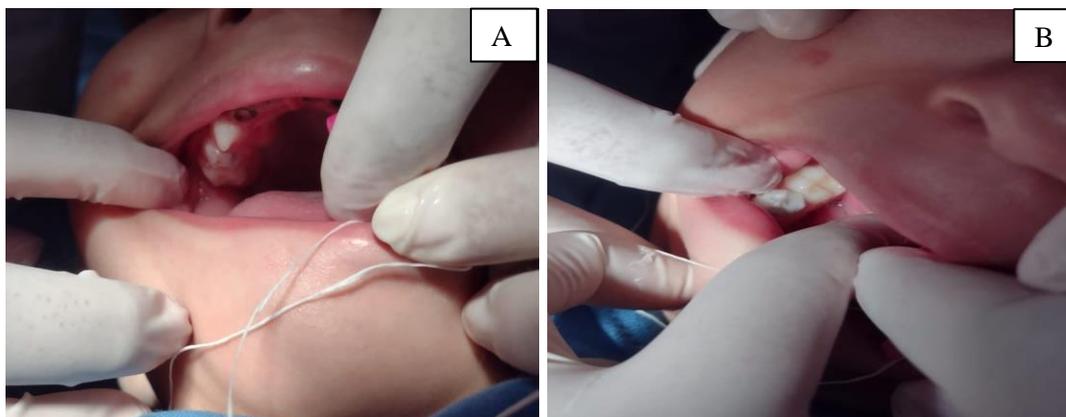
Fonte: Imagem do arquivo pessoal da Profa. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino (2018).

Como no presente caso, é comum nos atendimentos a presença de crianças que ficam temerosas e ansiosas com o tratamento odontológico, devido a alguma experiência negativa já vivenciada, à associação a roupa branca, ou aos barulhos dos aparelhos utilizados. Com isso, as primeiras consultas têm o intuito do paciente se familiarizar ao ambiente, tendo a percepção de ser um lugar seguro.

Porém, em casos de urgência, quando esse início de adaptação não é possível acontecer, é necessário abrir mão de técnicas de manejo mais rigorosas. A usada nos atendimentos foi a estabilização protetora, que é uma técnica que consiste na restrição física da criança por outra pessoa. “Os benefícios são a redução ou eliminação dos movimentos indesejáveis, proteção do(a) paciente/dentista/pai/mãe e possibilidade de um tratamento odontológico de qualidade” (SANT'ANNA et al., 2020, p. 74).

Na segunda sessão, o tratamento realizado foi a escavação dos elementos 54 e 84 (Figura 6 - A e B), utilizando uma colher de dentina, limpando toda a parede circundante e polpando a parede pulpar. Essa técnica é feita para não correr o risco de exposição pulpar, para proporcionar a formação de dentina reacional e pelo fato de as lesões cáries estarem profundas. Em seguida, foi colocado nas cavidades o cimento de ionômero de vidro *Meron*, que foi escolhido por liberar flúor.

Figura 6 - Dentes 54 e 84 após escavação e selamento com ionômero de vidro.



(A) Dente 54. (B) Dente 84. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

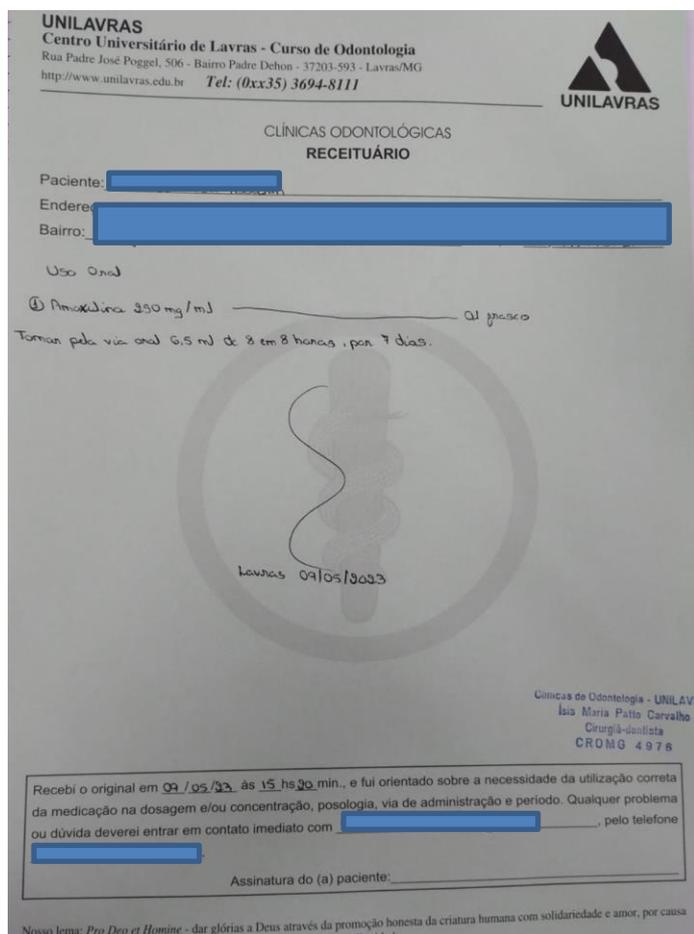
A escavação em massa é indicada quando mais de um elemento possui cavidade por cárie, e o seu objetivo é controlar e paralisar a doença cárie. Durante a escavação, é feita a remoção do tecido cariado da parede circundante e o tecido amolecido da parede pulpar, a qual é feita com cuidado, a fim de não causar dor e não correr risco de exposição pulpar. Após a escavação, é feito o selamento com ionômero de vidro (IV), um material provisório, que faz a liberação de flúor, ajudando na formação de dentina reacional no dente. E com esse material tem a eliminação de nichos que promovem o acúmulo bacteriano. “Esse procedimento paralisa a progressão da cárie e equilibra o meio, até que as restaurações definitivas sejam feitas” (POLIMENO; CARVALHO, 2021, p. 4).

Na semana seguinte, foi feito o mesmo processo de escavação e selamento com IV nos elementos 64 e 74. Optamos por dividir a escavação em duas etapas, para não ser uma consulta muito cansativa e estressante para o paciente.

Dando a continuidade do tratamento, o próximo passo foi a realização da extração das raízes residuais dos elementos 51 e 62, pelo fato de ter contaminação de cárie nas raízes de ambos, porém as exodontias foram realizadas em duas etapas, tendo início pelo 62 e na semana seguinte o dente 51.

Para a realização das exodontias, foi necessária a prescrição prévia de antibiótico por 7 dias, para eliminar qualquer risco de infecção frente ao procedimento que seria realizado. Então, foi prescrita amoxicilina 250 mg/5 ml, por 7 dias, sendo a mãe orientada a dar 6,5 ml, de 8 em 8 horas. A posologia indicada seria de 50mg/kg/dia, sendo calculada de acordo com o peso da criança, que pesava 20 kg (Figura 7).

Figura 7 - Receita prescrita para o paciente, para realização da exodontia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Para decisão de fazer as extrações em duas sessões foi levada em consideração a questão de amenizar o estresse causado ao paciente, já que, se fossem feitas em único atendimento, prolongaria o tempo clínico; outro fator importante considerado, a questão de quantidade de anestésico, pois o paciente apresentava baixo peso e haveria o risco de uma superdosagem, podendo causar uma intoxicação.

Conforme Marsillac (2013), a quantidade de anestésico utilizada na odontopediatria é calculada de acordo com o peso do paciente, a posologia correta equivale a um tubete de anestésico para cada 10 kg. O paciente pesava apenas 20 kg, sendo a dose máxima indicada cerca de dois tubetes.

“Para uma correta anestesiologia local, tem que ser levado em conta além da quantidade correta de anestésico, a técnica usada deve ser bem aplicada, ser administrada corretamente e com calma, a fim de trazer um conforto ao paciente, sem correr riscos com toxicidade por excesso de anestésico” (GUEDES-PINTO, 2010, p. 427).

Duque (2013) indica a realização da exodontia em dentes decíduos em casos de presença de lesão atingindo o germe do permanente, rizólise de uma das raízes em estágio avançado, lesão de cárie na área de bifurcação radicular; lesão óssea periapical e/ou inter-radicular extensa com rompimento da cripta óssea do germe do sucessor permanente, reabsorção interna extensa que não permita tratamento endodôntico, raízes residuais por processos agudos de cárie na primeira infância, e grandes destruições coronárias impossibilitando a restauração, como no caso descrito.

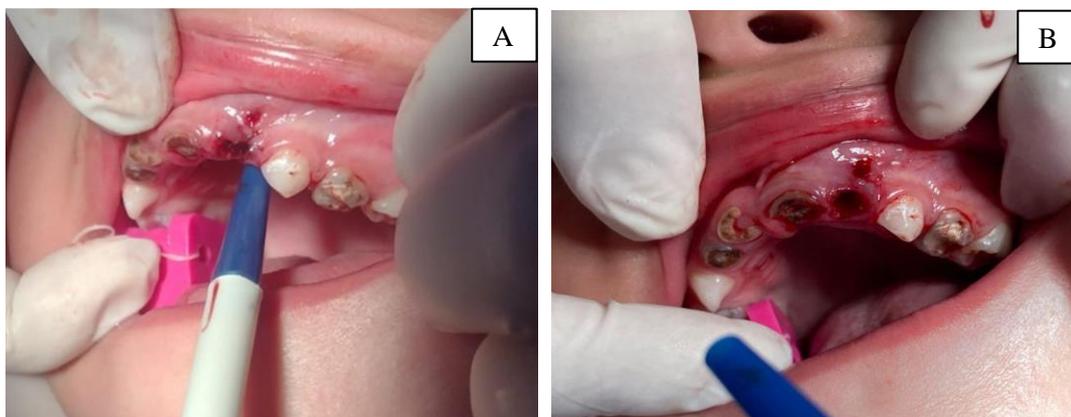
Para a extração da raiz residual do elemento 62, a mãe e a criança foram posicionadas na cadeira odontológica, fazendo a imobilização protetora, com a ajuda do auxiliar. Antecedendo ao procedimento, foi realizada uma prévia desinfecção da área externa da boca, e da área interna, utilizando clorexidina a 0,12%, com o auxílio de uma gaze, com o intuito de promover uma limpeza e assepsia do local a ser operado.

O próximo passo foi a aplicação de anestésico tópico na região que seria anestesiada. O anestésico local utilizado foi a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 que, de acordo com Andrade (2014), é a solução anestésica mais indicada para uso rotineiro em crianças saudáveis, por apresentar menor toxicidade.

A técnica utilizada foi a infiltrativa no fundo do saco de véstíbulo do elemento 62, complementada com a interpapilar na distal e mesial e com a palatina na região do ápice do elemento.

Após o teste para averiguar se a região estava devidamente anestesiada, foi realizado o descolamento entre gengiva e dente, com o descolador de *Molt*, e com o mesmo instrumental foram realizados movimentos cuidadosos a fim da remoção da raiz, não sendo necessário o uso de uma alavanca reta e, com isso, foi feita a manobra de luxação, até a completa remoção do fragmento radicular (Figura 8 - A e B). E a figura 9 mostra a raiz extraída.

Figura 8 - Alvéolo após a extração da raiz residual do dente 62.



(A) Vista lateral. (B) Vista oclusal. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 9 - Raiz residual do elemento 62 extraída.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com isso, foi feita uma boa irrigação com soro fisiológico na cavidade e a curetagem do alvéolo com auxílio da cureta de Lucas, em que a manobra foi feita com toda cautela, para não atingir o germe do dente permanente sucessor.

Em seguida, para fazer o fechamento do alvéolo, foi executado um ponto simples de sutura com fio de náilon preto, de diâmetro 3-0, e novamente foi realizada irrigação com soro fisiológico e compressa com gaze por alguns instantes.

Ao liberar o paciente, a mãe foi orientada a deixar o filho de repouso o restante do dia, evitando brincadeiras de correr, pular ou que exigisse um maior esforço físico, e foi recomendado o consumo de alimentos mais pastosos e frios, nas próximas refeições do dia. Como o procedimento foi tranquilo e sem grandes impactos, não foi necessária nenhuma prescrição de medicamento.

Na semana seguinte foi realizada a avaliação da cicatrização do alvéolo e a remoção da sutura, e demos continuidade ao tratamento, realizando a extração da raiz residual do dente 51,

seguindo esses mesmos passos, tendo alteração apenas na sutura, pois não foi necessária sua realização, tendo em vista que a raiz era pequena e o espaço do alvéolo apresentava-se relativamente pequeno.

Com o término das extrações, as atividades no estágio da Bebê Clínica estavam sendo encerradas, e assim não seria possível dar sequência ao caso. O paciente dará continuidade ao tratamento no próximo semestre, sendo necessária a realização de pulpectomia nos dentes 52 e 61, nos mesmos não foi realizado nenhum tratamento, pela limitação de tempo, e até esse momento não apresentava nenhuma queixa de sintomatologia dolorosa, será necessário a realização das restaurações nos elementos nos quais foi realizada escavação em massa, dentes 54,64,74 e 84 e seguirá em um programa preventivo a fim de mudanças de hábitos, tanto de higiene quanto de alimentação. Pois durante o tratamento a melhora nesses aspectos foram abaixo do esperado, demonstrando apenas um pequeno avanço.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto

Meu nome é Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto, sou natural de Barroso, MG, tenho 22 anos e ingressei no curso de Odontologia no ano de 2019, no Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN.

Sempre tive clareza quanto ao meu interesse pela área da saúde e, embora nutrisse admiração pela profissão odontológica, nunca havia cogitado segui-la como carreira profissional. Durante o ensino médio, participei de diversas mostras de profissões, e foi em uma delas, realizada na Universidade Federal de Belo Horizonte (UFMG), que fiquei encantada e completamente apaixonada pela profissão. Naquele momento, despertou em mim um grande interesse pela área e percebi que seria a escolha ideal para o meu futuro, pois vi a oportunidade de realizar o meu sonho em ajudar as pessoas por meio da Odontologia.

Dessa maneira, iniciei minha jornada em busca de uma vaga no curso de Odontologia, por meio de vestibulares em instituições de ensino superior. Ao término do terceiro ano, fui aprovada tanto no UNIPTAN, em São João del-Rei, quanto no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS. Em um primeiro momento, escolhi a primeira opção pela proximidade com minha cidade natal e pela possibilidade de visitar meus pais com mais frequência, uma vez que sou apegada à minha família e tinha receio em relação à adaptação. Contudo, após cursar o primeiro período, decidi mudar para Lavras, e embora essa decisão tenha gerado insegurança

em meus pais, eles apoiaram minha escolha, e eu transferi minha matrícula para o UNILAVRAS, cuja história e excelência em Odontologia me chamaram a atenção.

Ingressar em uma instituição de ensino superior representou uma grande etapa a ser transposta em minha vida, haja vista que sempre fui uma pessoa autocrítica e sensível a transtornos de ansiedade. A transição para Lavras representou um momento desafiador em minha trajetória, pois, até então, nunca havia morado sozinha e distante dos meus pais. No entanto, reconhecia que essa era uma oportunidade única para desenvolver minha maturidade, responsabilidade e independência.

Durante a graduação em Odontologia, deparei-me com diversos obstáculos. Em virtude do meu desejo em me aprimorar e tornar-me uma profissional de destaque, busquei me superar perante minhas dificuldades. O UNILAVRAS foi fundamental nesta etapa, fui acolhida de forma muito positiva pelo corpo docente e fiz amizades que me ofereceram apoio e encorajamento, permitindo-me superar dificuldades e prosseguir em meu caminho rumo ao sucesso acadêmico.

Ao fim do segundo período da graduação em Odontologia, optei por iniciar estágio durante as férias, com o intuito de aprimorar meus conhecimentos. Tive a oportunidade de acompanhar um renomado especialista em cirurgia bucomaxilofacial, e pude presenciar diversos procedimentos, incluindo alguns realizados em hospitais, o que me expôs a casos complexos. Poucos meses depois, iniciei outro estágio em um consultório odontológico em uma cidade vizinha a Barroso, acompanhando uma especialista em Implantodontia e Periodontia. Essa experiência foi fundamental para meu crescimento profissional, permitindo-me vivenciar ainda mais procedimentos e ampliar minha visão na área da Odontologia.

Durante minha atuação na clínica do UNILAVRAS, vivenciei diversas experiências e interagi com uma ampla gama de pacientes. Com o tempo, pude perceber que tinha interesse por diversas áreas da Odontologia, no entanto, a Dentística e a Prótese me despertavam uma maior predileção. Simultaneamente, meu afeto pelo tratamento de crianças me motivou a aprofundar meus conhecimentos em Odontopediatria, levando-me a optar por essa área na disciplina de Atividade Específica Vocacional (AEV), por considerá-la mais ampla em termos de abrangência temática.

Ao final do 8º período, prestei atendimento a uma paciente com seis anos de idade, na clínica odontológica infantil, a qual apresentava anquilose no dente 64. A complexidade desse caso despertou em mim o interesse em encontrar soluções que permitissem auxiliar a paciente

de forma efetiva. Portanto, o propósito deste portfólio é discorrer sobre o caso clínico dessa paciente e suas particularidades.

2.2.1 Desenvolvimento das atividades

O presente estudo de caso se refere a uma paciente de 6 anos de idade, gênero feminino, com anquilose no dente 64, que foi atendida na Clínica Infantil do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS. Na primeira consulta, foram realizados anamnese, exames clínicos e radiográfico do dente 64, que indicaram a presença de anquilose. A paciente apresentou boa higiene bucal, saúde geral satisfatória e a maioria dos dentes íntegros, alguns com restaurações. Porém, mostrou-se insegura, um pouco tímida e desconfiada. Durante o exame da cavidade bucal, foi observado que o dente 64 tinha sido preenchido com resina composta pelo aluno que a havia atendido anteriormente, com o objetivo de estimular o dente anquilosado a extruir. Entretanto, durante o teste de oclusão, utilizando-se uma tira de carbono, verificou-se que a resina não estava mais em oclusão. Diante desta situação, ficamos pensando se seria melhor adicionar mais resina para ficar em oclusão ou se deixava do jeito que estava e avaliava novamente na semana seguinte. Por fim, optamos pela segunda opção, solicitamos uma radiografia panorâmica e aguardamos a próxima consulta para avaliar melhor o caso em conjunto com a panorâmica. A figura 10 apresenta a radiografia inicial do dente 64.

Após um correto diagnóstico, os molares decíduos podem ser classificados em relação à posição dos dentes adjacentes e a extensão da infra oclusão. Segundo Brearley e MacKibben (1973) citado por Negri, Souza Neto e Favretto (2019), podemos classificar os dentes decíduos anquilosados em três graus: - Leve: face oclusal do dente anquilosado se encontra a 1 mm abaixo do plano oclusal; - Moderado: face oclusal se encontra na metade da face da coroa dos dentes adjacentes; - Severo: localizada ao nível ou abaixo do tecido gengival interproximal de um ou ambas as superfícies dentárias adjacentes.

Em relação aos aspectos radiográficos dos dentes anquilosados, pode-se observar a descontinuidade do espaço do ligamento periodontal, quando as áreas de anquilose ocorrem nas faces mesiais e linguais das raízes (PITONI et al., 2006).

Figura 10 - Radiografia periapical inicial do elemento 64.



Fonte: Arquivo da autora (2022).

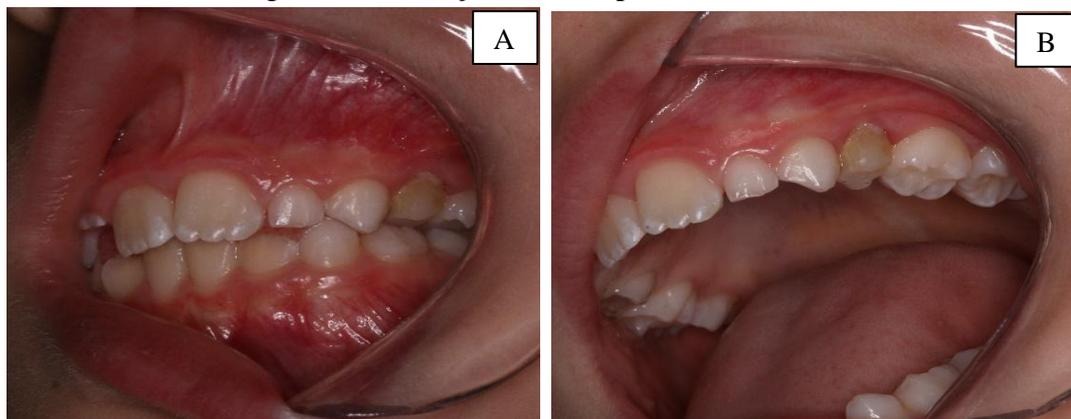
Segundo Santos et al. (2009), é fundamental que o diagnóstico seja feito precocemente para estabelecer a indicação do melhor tratamento para cada caso, evitando, assim, consequências indesejáveis para o paciente. O tratamento para dente anquilosado é desde o acompanhamento clínico e radiográfico até a exodontia (NEGRI; SOUZA NETO; FAVRETTO, 2019). Após avaliação clínica e radiográfica, constatou-se que a paciente em questão apresentava anquilose do tipo severa.

A anquilose dentária, chamada também de infra oclusão, é uma anomalia definida como a fusão anatômica do cimento e/ou dentina com o osso alveolar havendo a perda do ligamento periodontal, podendo ocorrer em qualquer fase de erupção dentária e até mesmo após o estabelecimento do contato oclusal. A mesma é considerada um fator local de má oclusão, porém, a sua etiologia ainda não é bem definida, podendo estar associada a distúrbio metabólico, a desequilíbrio no processo da reabsorção radicular durante a rizólise dos dentes decíduos, à predisposição genética e, principalmente, ao traumatismo dentário e à infecção periapical (NEGRI; SOUZA NETO; FAVRETTO, 2019).

Segundo Neville et al. (2004), a patogênese da anquilose dentária é desconhecida e pode ser secundária a vários fatores, como distúrbios advindos de alterações de metabolismo local, trauma, irritação química ou térmica, falha no desenvolvimento ósseo local e pressão anormal da língua.

Na sessão subsequente, a paciente retornou e a primeira ação foi testar a oclusão mais uma vez, tendo sido observado que somente a parte palatina apresentou alguma marcação com o carbono. Diante disso, foi decidido manter o dente na mesma condição e somente avaliar a oclusão, além de obter a radiografia panorâmica previamente solicitada. A figura 11 (A e B) mostra as imagens obtidas logo após a avaliação da oclusão na segunda sessão, enquanto a figura 12 exhibe a radiografia panorâmica. Pode-se observar na figura 11 (A) que apenas a cúspide palatina do dente 64 se encontra em oclusão.

Figura 11 - Situação clínica após uma semana.



(A) Dentes em oclusão. (B) Vista lateral. **Fonte:** Arquivo da autora (2022).

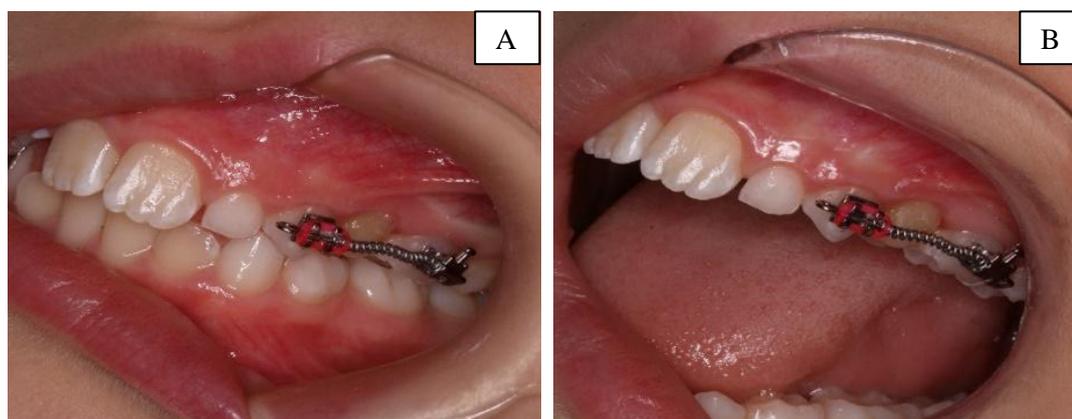
Figura 12 - Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo da autora (2022).

Ao avaliar a radiografia panorâmica, juntamente com as professoras Luciana Pádua Tourino e Ísis Maria Patto de Carvalho, constatou-se que o espaço méso-distal disponível era insuficiente para acomodar o dente 64 caso ele fosse estimulado a extruir. Nesse contexto, tornou-se evidente que o caso apresentava complexidades adicionais e, em consulta com as professoras de odontopediatria e o professor de ortodontia Gilberto de Oliveira Júnior, discutiu-se o caso e exploraram-se possíveis soluções para recuperar o espaço perdido e lidar com a questão da resina composta. Durante a discussão do caso, perguntei para o professor de ortodontia sobre a possibilidade de instalar um aparelho parcial fixo para expandir o espaço entre os dentes 63 e 65, possibilitando, assim, a extrusão do dente anquilosado. Decidiu-se, então, por implementar a solução sugerida e, na semana seguinte, iniciou-se o tratamento com a instalação de dois *brackets*, um fio e uma mola entre os dentes 63 e 65. As figuras 13 (A e B) ilustram o resultado após a colocação do aparelho.

Figura 13 - Aparelho fixo instalado.



(A) Vista em oclusão. (B) Vista lateral. **Fonte:** Arquivo da autora (2022).

Após instalar o aparelho fixo, continuei estudando o caso com as professoras Luciana e Ísis, a fim de planejar a próxima etapa do tratamento. Durante uma discussão, a professora Isis sugeriu a colocação de uma coroa de aço na região afetada sem remover a resina existente, visando preservar o espaço e colocá-la em oclusão para estimular a descida do dente 64. Após concordância da professora Luciana, comecei a separar todo o material que eu iria precisar para a realização do procedimento.

A conduta em casos de infra oclusão severa dos molares decíduos é um desafio clínico. Em muitos casos, esses dentes são extraídos para evitar potenciais problemas de desenvolvimento oclusal, apesar de haver opções de tratamentos mais conservadores. Para a realização de uma exodontia, deve-se levar em consideração a questão inerente ao paciente e os fatores como idade e comportamento, apresentando grande importância no planejamento cirúrgico, pois procedimentos simples podem se tornar complexos se o profissional não tiver a colaboração com o paciente (MARCHI; SÁ; IWAKI FILHO, 2012).

Para Pitoni et al. (2006), o tratamento dos dentes em infra oclusão depende do grau de envolvimento do dente decíduo e do desenvolvimento do sucessor permanente. Uma alternativa para os casos leves é restabelecer a oclusão dentária através de procedimentos restauradores e acompanhar a evolução da rizólise.

Negri, Souza Neto e Favretto (2019) acreditam que o grau de severidade irá conduzir a melhor forma de tratamento, além do estágio de formação da raiz do dente sucessor, sendo que a formação de 2/3 da raiz implicará no momento em que o dente permanente precisa irromper na cavidade bucal.

Já Azambuja et al. (2005) citado por Rezende et al. (2019), descrevem que a terapêutica da anquilose dentária em dentes decíduos pode-se fazer em quatro modos diferentes: além da

extração ou remoção cirúrgica de maneira mais precoce possível e acompanhamento clínico-radiográfico do dente anquilosado, também há opções como a construção de contatos proximais e oclusais artificialmente, ou até mesmo a luxação do dente anquilosado até que quebre a ponte óssea da anquilose.

Alguns autores relatam que o aumento da coroa clínica até atingir o plano oclusal é uma forma de tratamento indicado em casos de infra oclusão leve ou moderada. Tem o objetivo de restaurar a função, impedir inclinações dos dentes vizinhos e evitar a extrusão do antagonista, e podem ser realizadas com coroas de aço ou resina composta (RODRIGUES; MORAES, 1999; COSTA et al., 1997 citado por NEGRI; SOUZA NETO; FAVRETTO, 2019).

Embora a complexidade do caso seja evidente e a anquilose se manifeste numa etapa consideravelmente avançada de gravidade, nossa decisão clínica se inclinou para a construção de contatos proximais e oclusais artificialmente por meio da colocação de uma coroa de aço, apesar do consenso geral apontar a exodontia como intervenção mais recomendada para tal magnitude de severidade. Essa escolha foi fundamentada em múltiplos fatores, incluindo as restrições comportamentais inerentes à precoce idade da paciente. Outro fator decisivo foi a simetria da posição do dente permanente em relação às raízes do decíduo, além do fato de que a raiz do dente permanente não se encontra no estágio 8 da classificação de Nolla, estágio no qual se espera que 2/3 da raiz do dente permanente esteja formada. Assim, nesse contexto específico, a realização de uma exodontia naquele momento poderia ocasionar danos ao dente permanente sucessor, além das dificuldades que seriam encontradas durante o procedimento cirúrgico.

Além disso, realizou-se a recuperação do espaço perdido para que possibilitasse a extrusão do dente ou, caso não ocorra, proporcione uma maior facilidade na execução de uma posterior exodontia, se necessário.

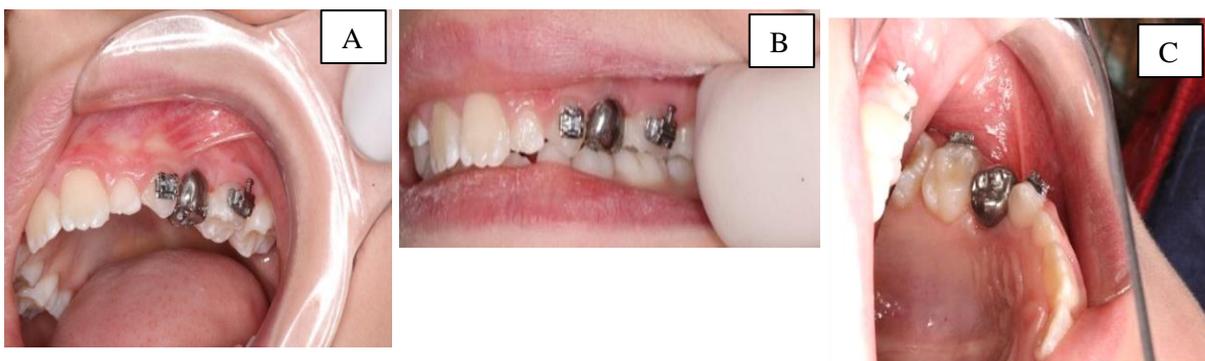
Uma semana após a instalação do aparelho, a paciente retornou e eu fiz uma avaliação do aparelho e da recuperação do espaço. Em seguida, conversei com a mãe, expliquei o que foi planejado e pedi para que ela retornasse com a paciente após duas semanas, para que pudessemos já passar para a próxima etapa do tratamento, que era a escolha e cimentação da coroa de aço.

Contudo, identificamos como uma alternativa viável a implementação da coroa de aço. Este material, caracterizado por sua economicidade, dispensa procedimentos laboratoriais onerosos e está disponível numa ampla gama de tamanhos, o que facilita o processo de seleção. Essa escolha se justifica ainda pelos diversos benefícios que ela proporciona. A coroa de aço

irá restaurar a funcionalidade dentária, prevenir possíveis inclinações dos dentes adjacentes, restabelecer a oclusão adequada, preservar o espaço méso-distal, prevenir a extrusão do dente antagonista e, possivelmente, fomentará um estímulo no processo de rizólise, por meio do trauma oclusal (GUEDES-PINTO, 1988).

Diante disso, na avaliação subsequente, removemos o fio e a mola do aparelho fixo dos dentes 63 e 65 e procedemos com o desgaste da resina na palatina e a escolha da coroa de aço. A coroa que melhor se adaptou e encaixou perfeitamente foi a número 3. Com isso, partimos para a cimentação da coroa com ionômero de vidro *Meron* e aguardamos uma semana para a remoção dos *brackets*. Porém, após uma semana, optamos por manter os *brackets* no lugar para futuras movimentações decorrentes da anquilose. A figura 14 (A, B e C) ilustra o procedimento de cimentação da coroa e a remoção do fio e da mola do aparelho.

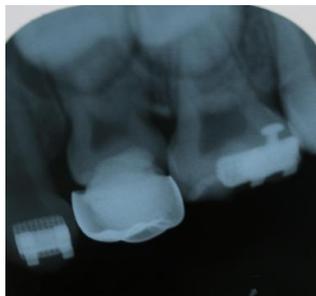
Figura 14 - Coroa de aço cimentada.



(A) Vista lateral. (B) Vista lateral em oclusão. (C) Vista oclusal. **Fonte:** Arquivo da autora (2022).

No entanto, uma vez concluída esta etapa do tratamento, a paciente foi liberada e orientada a retornar após 5 meses para uma nova radiografia periapical do dente 64 e para acompanhamento clínico. No retorno, foi feita a reavaliação clínica e radiográfica e, ao realizar a radiografia e avaliá-la, juntamente com as professoras Luciana e Ísis, observou-se uma evolução do caso, evidenciada por uma ligeira extrusão do dente 64, manutenção do espaço para a erupção do dente permanente sucessor e clinicamente pela presença de mobilidade. As figuras 15 e 16 ilustram a radiografia de retorno e a imagem clínica correspondente.

Figura 15 - Radiografia periapical após 5 meses ilustrando ligeira extrusão do dente 64.



Fonte: Arquivo da autora (2023).

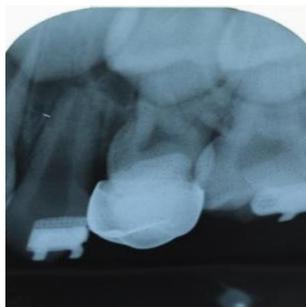
Figura 16 - Imagem demonstrando o contato oclusal e manutenção do espaço méso-distal após os 5 meses.



Fonte: Arquivo da autora (2023).

Passados três meses, a paciente retornou à Clínica do UNILAVRAS para uma nova avaliação, quando foi feita uma radiografia periapical atualizada e exame clínico. Radiograficamente, ao avaliar os germes dos pré-molares sucessores, percebi que a coroa do elemento 24 estava mais ao nível da coroa do 25, em relação à radiografia anterior, podendo ser um sinal de que a raiz do 64 estava reabsorvendo. Além disso, clinicamente observei a presença de mobilidade, e a coroa de aço continuava totalmente em oclusão. Feito isso, a Professora Luciana e eu optamos pela solicitação de uma nova panorâmica, para ser realizada após dois meses, que será o próximo retorno da paciente. A figura 17 mostra a radiografia periapical que foi feita nessa consulta de retorno.

Figura 17 - Radiografia periapical após 8 meses.



Fonte: Arquivo da autora (2023).

Avaliando os resultados do tratamento realizado com a colocação da resina associada à coroa em oclusão, concluímos que o caso está evoluindo positivamente. O controle clínico radiográfico são ferramentas importantes para acompanhar a evolução desse caso clínico e verificar se o tratamento está atingindo os resultados esperados de forma satisfatória. Dessa forma, decidimos continuar acompanhando a paciente até a esfoliação de dente 64, por meio de radiografias periapicais e exame clínico, a fim de avaliar a evolução e a eficácia do tratamento em curso.

Todavia, caso não ocorra a reabsorção fisiológica esperada e a raiz do dente permanente já se encontre com aproximadamente dois terços formados, será realizada a exodontia do dente anquilosado. Essa intervenção é crucial para prevenir eventuais complicações associadas à erupção dentária do dente permanente. Conseqüentemente à cirurgia, será colocado um aparelho mantenedor de espaço, com o objetivo de preservar o espaço méso-distal.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Luana Caroline Carvalho Pereira

Sou Luana Caroline Carvalho Pereira, nascida em São João del-Rei, Minas Gerais, e atualmente tenho 25 anos. Ingressei no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS em 2019, com o objetivo de realizar meu sonho de estudar Odontologia e me tornar uma profissional competente e realizada na minha área.

Na minha família, era comum que eu e meus dois irmãos mais velhos, Paulo Sérgio e Bruno, saíssemos do ensino médio e escolhêssemos uma faculdade para cursar. Meu pai sempre nos incentivou a estudar e buscava garantir que seus filhos tivessem mais oportunidades de conseguir um bom emprego no futuro.

Após me formar, em 2015, realizei o ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), e no ano seguinte ingressei em um curso pré-vestibular em minha cidade natal. Durante os quatro

anos de preparação, tive dúvidas quanto à área que gostaria de atuar, sabia apenas que queria trabalhar na área da saúde. Minha nota no ENEM não me permitia seguir alguns dos cursos que havia pensado inicialmente, como enfermagem, fisioterapia ou medicina. Lembro-me de um dia, em uma das aulas do cursinho, ter pensado que jamais faria Odontologia, imaginando o quão desconfortável seria trabalhar na boca de pessoas desconhecidas. No entanto, uma amiga entrou no curso de Odontologia e na mesma época comecei a seguir no *Instagram* um dentista influenciador digital, o que despertou em mim o interesse pela profissão. Assim, em 2019, ingressei no curso de Odontologia utilizando minha nota do ENEM. Mas hoje em dia, no último ano de graduação, sou imensamente grata a Deus por não ter passado em nenhum dos outros cursos. Descobri que a Odontologia é a minha verdadeira vocação, através dela consigo ajudar as pessoas a não sentirem mais dor, elevar sua autoestima, devolver a função e a qualidade de vida.

Ingressei na faculdade no primeiro semestre de 2019, e confesso que nunca imaginei que meus pais, que são superprotetores, permitiriam que eu estudasse em outra cidade, devido às preocupações com festas e más influências. No entanto, recebi total apoio deles, tanto financeiro quanto psicológico, e sou imensamente grata a eles e a Deus. Aqui fiz grandes amizades e desenvolvi um amor incondicional pelo meu curso. Mesmo enfrentando o desafio da pandemia, o UNILAVRAS se destacou ao dar prioridade aos cursos da área da saúde e aproveitamos o tempo da melhor forma possível.

Durante a pandemia tivemos laboratórios específicos para cada matéria, e o laboratório de endodontia me deixava apreensiva. Como eu iria memorizar todos os instrumentais, aprender a realizar um diagnóstico preciso, usar as medidas corretas para não ultrapassar o ápice e ainda utilizar os diversos materiais e medicamentos intracanaís próprios para cada caso? A cada dia de laboratório, saía com a cabeça cheia de dúvidas. Ao decorrer dos anos, fui me dedicando mais à endodontia, estudando mais, e comecei a pegar gosto por ela. Em 2023, optei pela disciplina de Atividades Específicas Vocacionais (AEV), na área de endodontia e, para este trabalho, apresentarei um caso que atendi recentemente: uma paciente com pulpíte irreversível aguda, que sofria de dores intensas por mais de um mês, o que a impedia de dormir e realizar suas atividades diárias.

2.3.1 Desenvolvimento das atividades

Paciente, 28 anos, compareceu à Clínica Integrada do UNILAVRAS apresentando dor intensa no elemento 47, e foi encaminhada à Clínica da disciplina de Atividades Específicas Vocacionais de Endodontia, onde foi atendida na segunda-feira, 13/03/2023. Relatou que há dias sentia dor espontânea no dente e que ela piorava na posição de decúbito. Estava tendo dificuldade para dormir e trabalhar. Ela relatou que procurou ajuda no posto de saúde do seu bairro e que, mesmo após a injeção de três tubetes de anestesia, ela não parava de sentir dor, com isso a dentista não conseguiu concluir o tratamento para aliviar sua dor. Foi feito um selamento provisório e a paciente foi encaminhada à Clínica do UNILAVRAS.

A dor de origem pulpar pode ser provocada por mediadores químicos do corpo, como a histamina, por substâncias exógenas vindas das bactérias e pelo aumento da pressão intrapulpar. Os mediadores químicos interferem e aumentam a dilatação dos vasos, a permeabilidade vascular e as reações inflamatórias, intensificando a dor (CASSOL et al., 2021).

Em um estudo feito com 137 prontuários de pacientes atendidos em um projeto de extensão para capacitação em atendimento odontológico de urgência da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), foi constatado que as principais hipóteses diagnósticas foram pulpite aguda irreversível, com 46,2%, e abscesso dentoalveolar agudo, com 13,2% (BARBOSA et al., 2021).

A anamnese foi realizada pela aluna durante o atendimento inicial na Clínica Integrada, e a paciente relatou que não apresentava nenhum problema sistêmico de saúde.

Dessa forma, partimos para avaliação dos sinais e sintomas bucais apresentados pela paciente, que relatou dor em decúbito no elemento dental 47, com uso de analgésico sem êxito. Ao exame clínico, constatou-se mobilidade grau I, a mucosa e a coloração do dente estavam normais, ausência de fístula, edema e bolsa periodontal, e a presença de uma restauração classe II extensa. No entanto, a dor estava presente e era espontânea, localizada e contínua com duração prolongada.

No exame radiográfico percebeu-se uma restauração profunda com infiltração atingindo o corno pulpar no dente 47 (Figura 18).

Figura 18 - Radiografia periapical do elemento 47.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Como a paciente chegou queixando de uma dor muito forte típica de pulpite irreversível, juntamos os dados na anamnese e exame clínico e não julgamos necessário realizar o teste térmico. Logo em seguida, a paciente relatou que a aluna que a atendeu na clínica integrada havia feito esse teste e nos explicou que sentiu uma dor exacerbada e que não cessou após a retirada do estímulo frio, confirmando o nosso diagnóstico.

Quando os testes térmicos são aplicados, ocorre a contração ou dilatação do fluido absorvido nos túbulos dentinários, ocorrendo um rápido fluxo de entrada ou saída desse fluido pelos túbulos. Esse movimento acelerado do fluido dentinário gera "forças hidrodinâmicas" que agem nas fibras nervosas do complexo polpa-dentina, levando a uma sensação aguda de dor que é temporária e desaparece logo após a remoção do estímulo, caso o dente esteja saudável (DIONIGI, 2021).

Diante dos sinais e sintomas, foi constatada uma pulpite irreversível aguda no dente 47, e o plano de tratamento foi biopulpectomia com um prognóstico bom.

O diagnóstico é um passo fundamental quando se trata do tratamento das urgências de origem endodôntica, pois o tratamento adequado depende de um correto diagnóstico, possibilitando, dessa forma, o conforto para o paciente (SILVA et al., 2020).

Como a paciente se encontrava com muita dor há muito tempo, o professor Marcone pediu para que a atendesse no dia seguinte na clínica integrada.

Após a conclusão do diagnóstico e plano de tratamento, iniciamos a biopulpectomia do dente 47. Na primeira sessão do tratamento propriamente dito, iniciamos com a anestesia para iniciar o acesso à câmara pulpar. As figuras 19 e 20 mostram a mesa clínica e auxiliar, respectivamente.

Figura 19 - Mesa clínica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

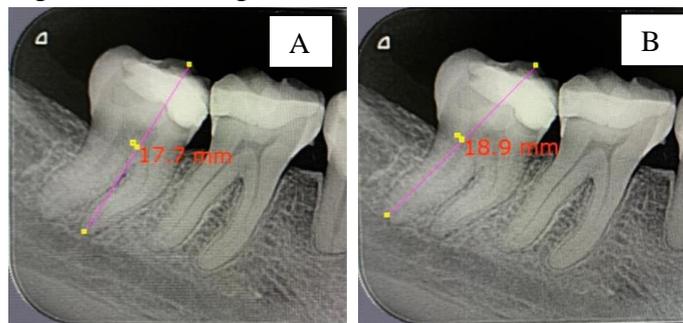
Figura 20 - Mesa auxiliar.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A radiografia de estudo é usada para fazer a medição do canal previamente e achar a medida do comprimento aparente do dente (CAD), e com isso estabelecer a medida real do instrumento, que é usada para acessar os canais, e posteriormente realizar a odontometria. O canal mesial apresentou um CAD = 17,7 mm, e o distal um CAD = 18,9 mm, como mostra a figura 21 (A e B). No entanto, para facilitar o trabalho, determinamos que o CAD mesial seria de 17,5 mm, e o CAD distal de 19 mm. Sendo assim, o comprimento real do instrumento (CRI) do canal mesial foi de 15,5 mm, e do distal foi de 17 mm.

Figura 21 - Radiografia de estudo com a medida do CAD.



(A) Medida do canal mesial. (B) Medida do canal distal. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Como a paciente relatava dor há aproximadamente um mês, para uma anestesia eficaz, associamos um tubete de articaína 4% com dois tubetes de lidocaína 2%. Fizemos as técnicas anestésicas do nervo alveolar inferior (NAI), do nervo bucal, infiltrativa, intraligamentar e intrapulpar.

Na presença de pulpite irreversível sintomática, os molares inferiores são os dentes mais difíceis de anestésiar efetivamente [...] Ao tratar a pulpite crônica exacerbada 69% e 74%, respectivamente, não conseguiram obter sucesso na anestesia pulpar “quase sempre”, “frequentemente” ou “às vezes”. (MALAMED, 2021, p. 259).

Em uma revisão completa de vários estudos comparando a eficácia da articaína a 4% e da lidocaína a 2% em casos de dor de dente persistente, foi constatado que ambos os anestésicos são igualmente eficazes para bloquear a dor no nervo alveolar inferior ou para aplicação local na maxila. No entanto, descobriu-se que a articaína tem um efeito anestésico mais forte do que a lidocaína na aplicação adicional na mandíbula, especialmente em situações em que a dor persiste mesmo após o bloqueio inicial do nervo alveolar inferior, que é evidenciado pela sensação de dormência nos lábios (KUNG et al., 2015 citado por LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Após realizar o teste com a sonda para conferir se a anestesia teve efeito, o grampo 206 foi testado e o isolamento absoluto foi feito com ele preso no arco por meio de um fio dental para segurança da paciente. Para melhor eficiência do isolamento, foi usada barreira gengival ao redor de todo o dente.

Com a broca 1012 de haste longa, começo a abertura no ponto de eleição na fóssula central do dente 47 e desgastei o selamento provisório até cair no vazio. Com a broca endo Z eu fiz a forma de contorno para melhor acesso aos canais, desgastando somente as paredes circundantes de forma que ficassem lisas e divergentes para oclusal.

No momento do acesso, a paciente ainda relatava dor e se contorcia na cadeira odontológica, então a anestesia intrapulpar foi administrada, e logo após isso ela não sentiu mais nada.

Em um estudo realizado por Oleson et al. (2010) citado por Szostak (2023), foi avaliada a efetividade do bloqueio do NAI durante a instrumentação do dente com base na ausência ou presença leve de dor. Quando o paciente apresentava dor moderada ou intensa, complementam a anestesia com 4% articaína com 1:100,000 epinefrina. A técnica de escolha inicialmente foi a infiltrativa bucal, caso não resolvesse, administraria uma intraóssea e, se ainda sim falhasse, seria administrada uma anestesia intrapulpar.

Quando houve o acesso à câmara pulpar e as paredes ficaram de forma apropriada, fiz a irrigação da câmara com hipoclorito de sódio a 2,5%, e com o auxílio da sonda reta de endodontia procurei os canais.

Foram encontrados dois canais, que foram explorados com a lima tipo kerr (lima k) na medida do CRI. Com a lima Hedstroem foi feita a extirpação da polpa. Sempre irrigando, sugando e inundando os canais a cada troca de limas.

Lopes e Siqueira Júnior (2020) relata que 78,6% dos segundos molares inferiores apresentam duas raízes, 87,1% apresentam 2 canais na raiz mesial e apenas 12,5% apresentam apenas um canal na raiz mesial. Logo, concluí que a paciente faz parte da minoria que apresenta um segundo molar inferior com duas raízes e dois canais.

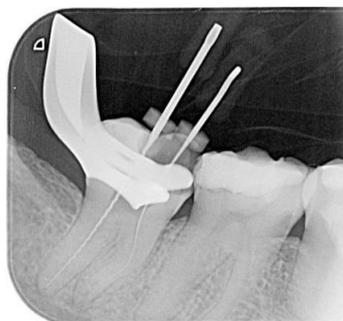
Quando não houve mais sangramento nos canais mesial e distal e as limas saíam sem nenhum resquício de polpa, os instrumentos rotatórios foram usados, pois, além de serem flexíveis trazendo segurança para a paciente que tem a raiz mesial curvada, esses mecanismos são mais práticos e aceleram o tratamento.

O uso dos instrumentos rotatórios tem como principal objetivo ampliar, modelar e limpar o canal radicular, ao mesmo tempo em que procura diminuir o tempo e o esforço físico do dentista durante o tratamento. O tempo gasto na execução de qualquer procedimento é um fator importante em termos de custo operacional, influenciando a escolha dos instrumentos, materiais e técnicas utilizados na endodontia (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Fiz o pré-alargamento com a lima 25.05 em rotação contínua com 950 rotações por minuto (rpm) a 4 Newtons (N) na medida de CAD - 5 mm. Mesial: 12,5 mm e distal: 14 mm, em movimentos de pincelada, mais voltados à zona de segurança e respeitando a zona de perigo de cada canal. A seguir, realizou-se o pré-alargamento com a lima 25.05 na medida de CAD - 3 mm. Mesial: 14 mm e distal: 17 mm.

Após realizado o pré-alargamento, foi feita a odontometria para encontrar o comprimento de trabalho (CT) dos canais distal e mesial (Figura 22).

Figura 22 - Odontometria dos canais mesial e distal.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Foi definido que o CT mesial seria de 19 mm e o CT distal seria de 19 mm. Com o CT definido, foi feita a patência dos canais mesial e distal com a lima manual 10k no CRD. Quando a lima foi retirada, ela saiu curvada, como mostra a figura 23.

Figura 23 - Lima 10k após a patência do canal mesial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Em seguida, foi utilizada a lima rotatória 15.03 em rotação contínua com 350 rpm e 1,4 N no CRD em movimentos de bicada.

Na modelagem dos canais mesial e distal, utilizamos a lima 30.05 no canal mesial a 950 rpm e 1,4 N e paramos devido à curvatura. No canal distal usamos a 30.05 e a 35.03 a 950 rpm e 1,4 N.

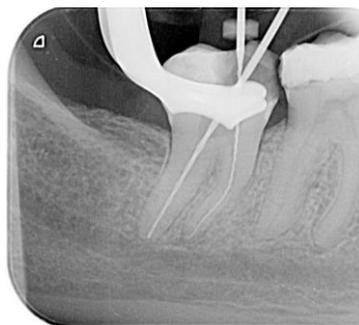
A limpeza dos condutos foi realizada através da irrigação ultrassônica passiva (PUI) que consiste em agitar o hipoclorito de sódio a 2,5% com o *Easy Clean* na caneta de baixa rotação

e em rotação máxima no sentido horário, na medida do CT por 20 segundos em cada canal. Depois repetiu-se o processo, mas utilizando o ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA), e por último utilizou-se novamente o hipoclorito de sódio a 2,5%.

A PUI também pode ser utilizada em canais curvos. Quando comparada com a irrigação convencional, a PUI foi significativamente melhor. Além disso, a PUI tem sido utilizada como procedimento auxiliar nos retratamentos endodônticos, apresentando capacidade de melhorar a remoção de material obturador do sistema de canais radiculares, independentemente do sistema rotatório ou recíprocante utilizado (SABINS et al., 2003; GUTARTS et al., 2005 citados por LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Com o canal limpo e livre de *smear layer*, fiz a radiografia de lima memória (Figura 24), utilizando uma lima 30 no canal mesial e uma lima 35 no canal distal.

Figura 24 - Radiografia de lima memória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Procedeu-se à secagem dos canais com *capillary tips* e pontas de papel absorvente. Como se trata de uma biopulpectomia, o selamento triplo foi feito com uma bolinha de algodão embebida com Otosporin, cimento provisório e ionômero de vidro.

Após uma semana a paciente foi atendida, e após a remoção do selamento provisório os canais foram irrigados com hipoclorito de sódio a 2,5% e secos com *capillary tips* e pontas de papel absorvente, de acordo com a lima memória de cada conduto.

Para obturação dos canais, foi utilizada a técnica termoplastificada com os cones Oduos de Deus. Após estarem desinfetados, os cones foram calibrados de acordo com a lima memória e vou testando para verificar se estão bem adaptados no batente feito. A radiografia de conometria exibida na figura 25 mostra a medida certa para posterior obturação.

Figura 25 - Radiografia de conometria do elemento 47.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com os cones bem adaptados na radiografia, os *gutta condensers* foram selecionados para a obturação termoplastificada, utilizando-se o cimento à base de hidróxido de cálcio, o *Sealapex*.

É importante verificar a direção de rotação do contra-ângulo para garantir que o compactador não gire no sentido anti-horário, e sim no sentido horário. A rotação incorreta pode causar a remoção rápida da gutta-percha do canal radicular e o avanço imediato em direção à raiz, o que pode resultar em bloqueio, perfuração, passagem além do ápice ou até mesmo quebra do instrumento (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020).

Para confirmar, faz-se o teste da gaze e observa, se a gaze sair do *gutta condensor*, está no sentido horário, se ela se enroscar, está no sentido anti-horário.

A radiografia da condensação lateral foi realizada, como mostra a figura 26, e a obturação não ficou com nenhuma falha, segundo o professor Marcone.

Figura 26 - Radiografia de condensação lateral do elemento 47.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A câmara pulpar foi limpa com uma bolinha de algodão autoclavada embebida em eucaliptol. O selamento triplo foi feito com bolinha seca de algodão autoclavada, coltosol e ionômero de vidro, como mostra a figura 27.

Figura 27 - Radiografia do elemento 47 com o tratamento endodôntico finalizado e com selamento triplo provisório.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A paciente foi encaminhada para as atividades específicas vocacionais (AEV) na área de prótese para realização de uma prótese fixa para o elemento 47, pois sobrou pouco remanescente dentário e as cúspides e estruturas de reforço foram removidas, então não seria indicada a realização de uma restauração (Figura 28).

Figura 28 - Situação clínica final do elemento 47 com o tratamento endodôntico finalizado e com selamento provisório.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Paula Avelar Cardoso

Meu nome é Maria Paula Avelar Cardoso, nasci em Lavras/MG, mas vivi minha vida toda em Santo Antônio do Amparo/MG. Tenho 22 anos e ingressei no curso de Odontologia no ano de 2019, no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS.

Em 2017, despertou em mim o desejo de me mudar para Lavras no ano seguinte. No início de 2018, considerando que este seria o meu último ano do ensino médio, conversei com meus pais acerca da possibilidade de realizar essa mudança de cidade, e eles prontamente me

forneceram uma carta de confiança, manifestando total apoio à minha decisão. Assim, efetuei minha mudança para Lavras, onde estabeleci uma rotina que consistia em frequentar a escola pública durante a manhã, cursando o terceiro ano, e dedicar o restante do dia a um curso pré-vestibular voltado para a preparação do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Desde o início, estava ciente de que esse ano seria crucial para o meu desempenho acadêmico, mas não tinha plena consciência de quão determinante ele se tornaria em diversos aspectos da minha vida. Na época eu tinha 17 anos, residindo sozinha e enfrentando uma série de preocupações que a vida real me impunha, sem a presença próxima dos meus pais e tendo que lidar com a imensa saudade que sentia por tê-los deixado para trilhar um novo caminho.

Tratou-se de um período desafiador, marcado por intensas emoções, envolvendo frequentes momentos de choro, crises de ansiedade e temores em relação ao futuro e ao presente. No entanto, simultaneamente, eu nutria a convicção de que não poderia me permitir regredir. Nessa etapa, contei com o apoio fundamental do meu namorado, cuja presença foi essencial para que eu pudesse prosseguir em direção aos meus objetivos.

Desde o ensino fundamental, surgiu em mim o desejo de tornar-me dentista. No entanto, naquela fase da vida, minhas ideias ainda não estavam completamente definidas, e outras profissões eram consideradas. Durante o ensino médio, passou por meus pensamentos a possibilidade de prestar vestibular para diferentes cursos, mas sempre mantive a certeza de que seria na área da saúde, pois é nesse campo que sempre encontrei encantamento. Foi durante o ano de 2018, residindo em Lavras, que decidi ouvir meu coração e perceber o imenso despertar que sentia em relação à Odontologia.

Após ser aprovada no vestibular do UNILAVRAS, decidi matricular-me imediatamente no curso de Odontologia, logo após concluir o ensino médio, em dezembro daquele mesmo ano. Foi uma imensa alegria, porém, seguida de um sentimento de desespero. Conscientizei-me dos altos custos do curso, incluindo a lista extensa de materiais, os gastos de morar fora e a mensalidade integral sem qualquer benefício. Por um momento, cheguei a temer que não seria capaz de realizar esse sonho. No entanto, é nessas circunstâncias que se comprova ainda mais a existência de Deus e Sua bondade para conosco. Sou imensamente grata a Ele, a meus pais, que fizeram tantos sacrifícios para me manter estudando, e ao meu trabalho com vendas, que nos permitiu superar desafios financeiros mês a mês até chegarmos aonde estou hoje. A conquista do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) no segundo semestre do curso também desempenhou um papel fundamental, e sou grata por esses benefícios, pois sem eles minha jornada teria sido ainda mais árdua. Hoje,

meu sentimento é de gratidão, meus olhos se enchem de lágrimas, não mais de medo, mas sim de felicidade. Sinto-me fortalecida, abençoada e grata por ter encontrado tantas pessoas boas em minha vida.

Na instituição, fui acolhida de maneira excepcional, tendo a oportunidade de estabelecer amizades verdadeiras que certamente levarei para toda a vida. Os professores, com sua competência e dedicação, ministraram suas aulas de forma exemplar, proporcionando-nos um ensino de qualidade, atualizado e abrangente na área. Além disso, os funcionários da instituição sempre se mostraram prestativos, demonstrando um cuidado especial e acolhedor com cada aluno. A instituição em si possui uma infraestrutura de alto nível, com equipamentos modernos e uma atmosfera harmoniosa e acolhedora. Nas aulas práticas, sempre tivemos acesso aos melhores materiais disponíveis, o que contribuiu significativamente para o nosso aprendizado.

Durante o curso, tive a oportunidade de explorar diversas áreas da Odontologia, o que contribuiu para uma visão abrangente da profissão. No entanto, ao chegar ao oitavo período e saber que teríamos que escolher duas áreas vocacionais para aprofundar nossos conhecimentos, decidi que gostaria de vivenciar mais a clínica infantil. Essa área, embora desafiadora, oferece um aprendizado amplo e gratificante, pois lidar com crianças requer habilidades especiais e proporciona a oportunidade de contribuir para a saúde bucal das futuras gerações. Na segunda escolha, decidi pela área de cirurgia, pois sempre senti prazer em realizar procedimentos cirúrgicos e estava determinada a superar alguns medos que ainda me afligiam nessa área.

Ao tomar conhecimento das minhas escolhas, percebi que tinha uma grande vontade de realizar um tratamento de Prótese Total antes de entrar no último ano da minha formação. Foi, então, que surgiu a oportunidade na clínica integrada de atender um paciente idoso, sem condições de arcar com um tratamento particular, que sofria com uma dor intensa em toda a arcada superior. Essa situação me tocou profundamente e, após alguns atendimentos sem encontrar uma solução definitiva, senti a necessidade de buscar uma resposta mais assertiva. Realizei diversas análises, incluindo exames clínicos e radiográficos, além de discussões com os professores de todas as áreas da clínica integrada. No entanto, não chegamos a uma conclusão definitiva sobre a conduta mais indicada para o caso. Sentindo-me preocupada com a situação do paciente, decidi marcar uma segunda consulta e rever a análise do caso com cada professor envolvido. Após uma cuidadosa avaliação, chegamos ao consenso de que o melhor tratamento seria a exodontia de todos os dentes superiores e a confecção de uma Prótese Total Imediata, visando melhorar significativamente a qualidade de vida daquele paciente.

2.4.1 Desenvolvimento das atividades

Paciente do gênero masculino, 60 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica do UNILAVRAS, encaminhado pelo Programa de Saúde da Família (PSF), com a recomendação inicial de extrair uma raiz residual. Durante a anamnese, o paciente revelou ser portador de Diabetes tipo II e afirmou que seu tratamento com metformina, insulina e glibenclâmida estava sendo bem controlado.

Diabetes *mellitus* é uma síndrome metabólica de origem múltipla decorrente da falta de insulina ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. É uma doença caracterizada por altas taxas de açúcar no sangue de forma permanente (BRASIL, 2009). Segundo Oliveira et al. (2016) citado por Souza, leite e Ymashita (2022) os pacientes diabéticos devem ter uma minuciosa anamnese para definir a melhor conduta terapêutica, pois requerem uma atenção especial aos tipos de posologia dos medicamentos e anestésicos que serão usados nos procedimentos.

Cézar et al. (2020) afirmam que a hiperglicemia pode se manifestar de várias formas no organismo, inclusive em alterações bucais, como doença periodontal, candidíase oral, alterações na saliva, xerostomia e síndrome da ardência bucal. Esses autores afirmam que no atendimento odontológico há uma normalidade nos pacientes compensados, enquanto nos descompensados é necessária uma intervenção cautelosa.

Além disso, o paciente expressou desconforto com a condição de seus dentes, sendo que sua queixa principal era a intensa dor que sentia frequentemente. O paciente não buscava apenas solucionar questões estéticas, mas principalmente encontrar alívio para suas dores. É importante mencionar que o paciente possuía recursos financeiros limitados, o que o impossibilitava de arcar com um tratamento particular. Ele mencionou ter procurado atendimento particular anteriormente, porém os custos eram incompatíveis com sua situação socioeconômica. A figura 29 ilustra a situação clínica inicial do paciente.

Figura 29 - Fotografia inicial do caso clínico.

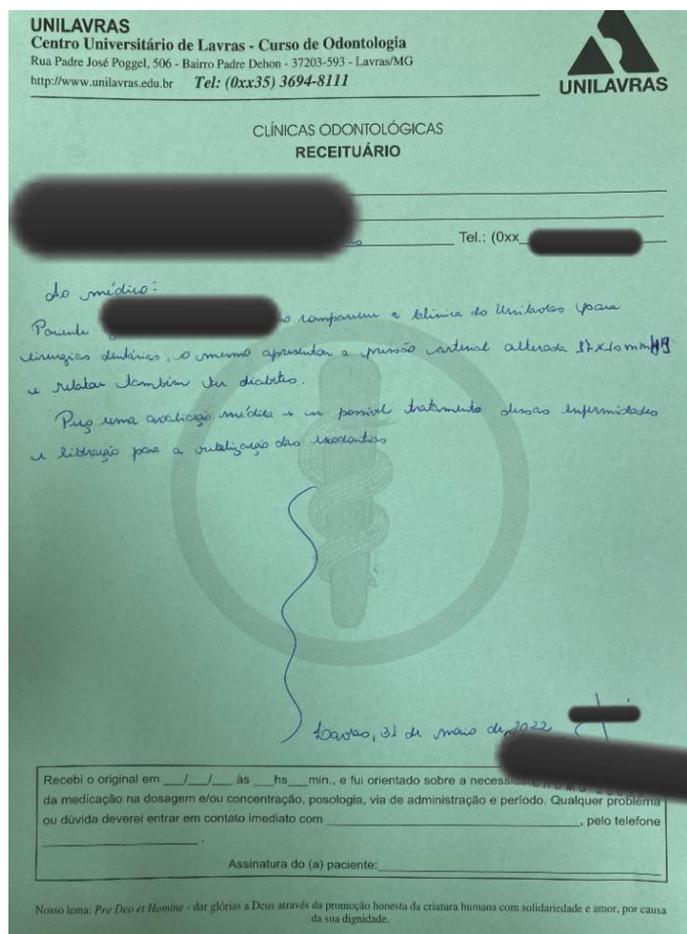


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Dando seguimento à consulta, foi necessário aferir a pressão arterial (PA). No entanto, ao realizar a medição, constatou-se que a PA estava elevada, gerando preocupação. Ao questionar o paciente, ele afirmou não ter conhecimento sobre sua pressão arterial elevada e que não fazia uso de medicamentos, exceto para controlar sua diabetes. Diante dessa situação, uma carta foi redigida ao médico (Figura 30), solicitando uma avaliação e controle da PA. Além disso, durante essa consulta, foi requisitada uma radiografia panorâmica.

Hipertensão arterial (HÁ) é uma doença crônica, indicada por níveis pressóricos acima de 140/90 mm/Hg, que pode acarretar diversas complicações ao sistema cardiovascular como, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, comprometimento dos próprios vasos sanguíneos, aneurisma ou até mesmo dissecação arterial (HOLM et al., 2006 citado por DETONI et al., 2020).

Figura 30 - Carta ao médico para controle da pressão arterial.



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

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

[redacted] Tel.: (0xx [redacted])

Ao médico:
Paciente [redacted] compareceu a clínica do Unilavras para
cirurgias dentárias, e mesmo após a pressão arterial alterada 17x10mmHg
e relatar também ser diabético.
Para uma avaliação médica e um possível tratamento dessas enfermidades
e liberação para a realização das cirurgias.

Lavras, 01 de maio de 2022

Assinatura do (a) paciente: [redacted]

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

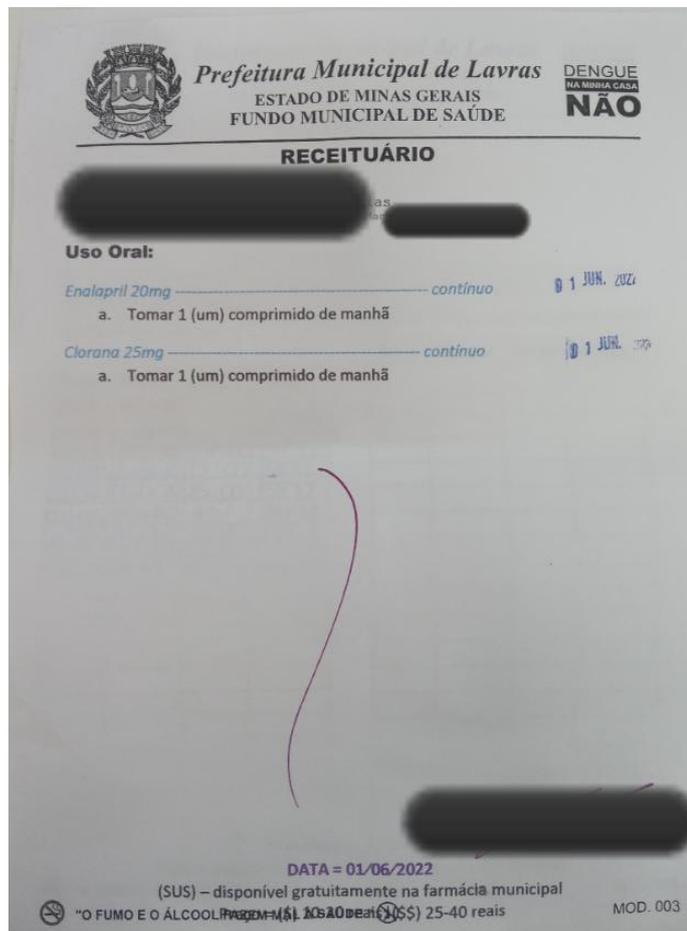
Nosso lema: Pro Deo et Humine - dar glórias a Deus através da promoção honesta da criatura humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Na semana seguinte, o paciente retornou à clínica trazendo a resposta do médico e a radiografia panorâmica solicitada. O paciente apresentou diversos documentos com respostas obtidas no PSF e realizou um monitoramento da pressão arterial em diferentes dias e horários (mapa pressórico), conforme ilustrado na figura 31. Além disso, iniciou o uso de medicamentos para controlar a pressão arterial, como mostrado na figura 32. Como resultado, houve um controle da pressão arterial. Por fim, o médico respondeu, autorizando o prosseguimento do tratamento, conforme evidenciado na figura 33.

A anamnese realizada pelo cirurgião dentista é fundamental para o sucesso do tratamento, sendo o primeiro contato entre o profissional e o paciente. Os dados devem ser coletados com atenção, indo além das queixas bucais, pois doenças pré-existentes interferem no tratamento odontológico. Na anamnese, devem constar perguntas sobre saúde física e psicológica, direcionando o planejamento para cada paciente (SALOMÃO et al., 1996 citado por DETONI et al., 2020).

Figura 32 - Receituário com a prescrição dos anti-hipertensivos.



Prefeitura Municipal de Lavras
ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DENGUE
NA MINHA CASA
NÃO

RECEITUÁRIO

[Redacted Name] [Redacted Address]

Uso Oral:

Enalapril 20mg contínuo 01 JUN 2022
a. Tomar 1 (um) comprimido de manhã

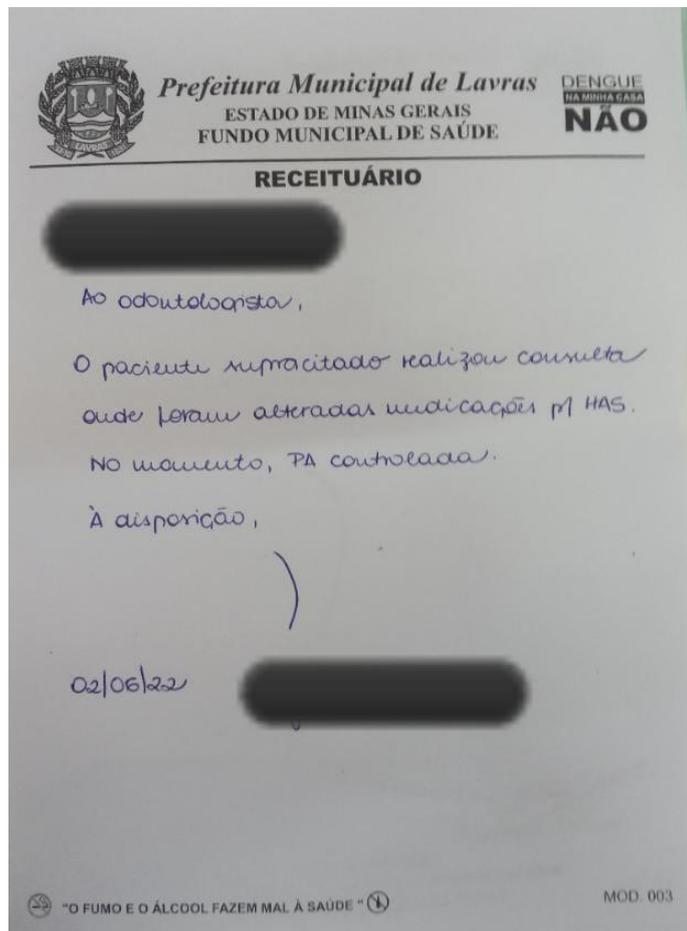
Clorana 25mg contínuo 01 JUN 2022
a. Tomar 1 (um) comprimido de manhã

DATA = 01/06/2022
(SUS) - disponível gratuitamente na farmácia municipal

O FUMO E O ALCOOL PODEM FAZER MAL À SAÚDE 25-40 reais MOD. 003

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 33 - Autorização médica para tratamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Com relação ao atendimento de pacientes hipertensos na Odontologia e o uso de anestésico local (AL), com ou sem vasoconstritor, Salles et al. (1999) citado por Detoni et al. (2020), afirmam que, mesmo que ainda se tenham muitas dúvidas na administração de AL com vasoconstritor em cardiopatas, foi feito um estudo em ratos que possuíam hipertensão e normotensos. O estudo mostrou que se pode fazer o uso destas substâncias, porém a quantidade máxima de dois tubetes tem que ser respeitada.

Desta forma, após avaliarem o uso de AL com e sem vasoconstritor, Detoni et al. (2020) concluíram que o uso de vasoconstritor, estando na dose adequada, não apresentou alterações significativas na pressão arterial dos pacientes avaliados, quando comparados aos pacientes que realizaram o procedimento sob anestésico local sem vasoconstritor. Isso significa que, quando usado em doses adequadas, o uso de vasoconstritor é considerado seguro.

Durante o retorno do paciente para apresentar os exames, iniciou-se a discussão do caso, qual seria a primeira etapa e as próximas a serem realizadas. O paciente relatou dor generalizada

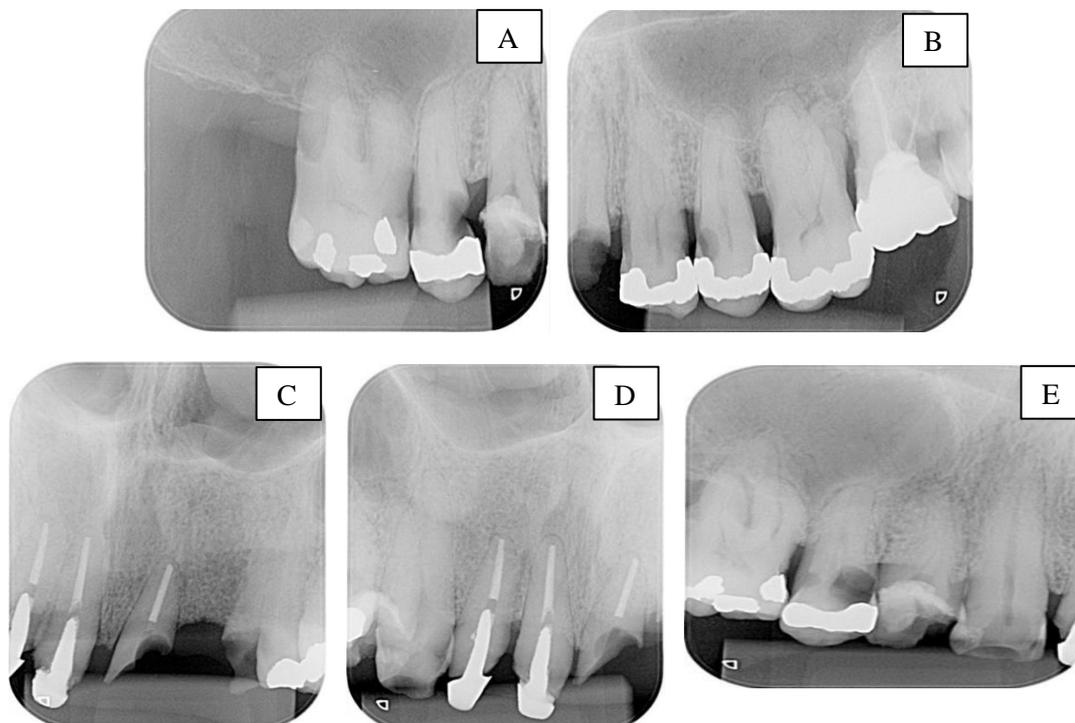
em toda a arcada superior, sendo que alguns pontos eram mais dolorosos que outros. A radiografia panorâmica (Figura 34) por si só não era suficiente para chegar a um diagnóstico conclusivo. Portanto, foram realizadas radiografias periapicais de cada região dos dentes para uma avaliação mais precisa (Figura 35 A, B, C, D, E e Figura 36 A e B). Em seguida, o caso foi discutido por todos os professores das diferentes áreas da Clínica Integrada. No entanto, inicialmente, nenhuma conclusão foi alcançada, e o horário de atendimento foi encerrado.

Figura 34 - Radiografia panorâmica.



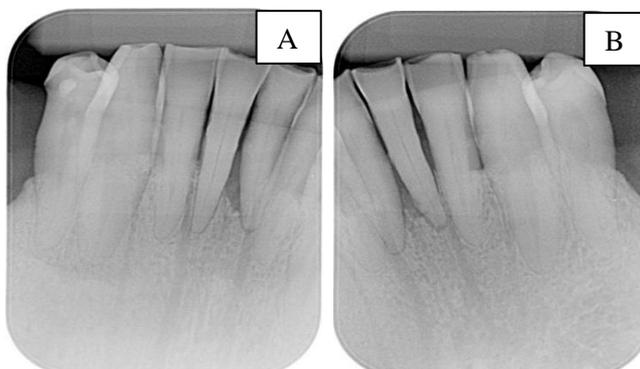
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 35 - Radiografias periapicais dos dentes superiores.



(A) Dentes 16,15,14. (B) Dentes 27,26,25,24. (C) Dentes 12,11,21,23. (D) Dentes 13,12,11,21. (E) Dentes 16,15,14,13. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 36 - Radiografias periapicais dos dentes inferiores.



(A) Dentes 44,43,42,41,31. (B) Dentes 31,32,33,34. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Aquela situação me deixou bastante preocupada. O fato de o paciente ter retornado para casa com dor e sem uma resposta conclusiva me motivou a marcar uma nova consulta na mesma semana na Clínica Integrada, mesmo fora do horário regular de atendimento. Durante essa segunda consulta, retomei as conversas com cada um dos professores até obter a resposta que eu já previa ser a mais adequada para o caso: a extração de todos os dentes superiores e a confecção de uma prótese total imediata (PTI) superior, em conjunto com uma prótese parcial removível (PPR) inferior temporária. Essa abordagem visava proporcionar uma melhor oclusão

e função ao paciente, uma vez que ele não apresentava segundos pré-molares inferiores nem molares inferiores.

Uma PTI é indicada em casos onde a condição dos dentes presentes não permite a realização de outro tipo de reabilitação, sendo por vários fatores como, envolvimento periodontal, lesões cariosas, disposição dos pilares remanescentes ou limitações financeiras (GOIATO et al., 2013 citado por CASTRO et al., 2020). A PTI devolverá ao paciente os dentes ausentes, tecidos moles e duros adjacentes, mantendo a estética e função durante a transição dos dentes naturais para os artificiais (PRESTON, 2012 citado por CASTRO et al., 2020).

A prótese parcial removível temporária é feita para ser instalada assim que as exodontias múltiplas são feitas. São próteses que serão usadas por um tempo menor, mas que dará funcionalidade, estética e suporte oclusal para que o paciente tenha convívio social enquanto a prótese definitiva é confeccionada e, posteriormente, instalada (LEITE; MONTEIRO, 2021).

Após chegarmos a essa conclusão, percebemos que o semestre estava terminando e não seria possível iniciar o tratamento planejado imediatamente. Diante disso, foi decidido que o tratamento seria executado no próximo semestre. No entanto, considerando que o paciente estava com dor, era necessário tomar alguma providência. Em conjunto com o professor da disciplina de Prótese, Sélem Vilela de Oliveira, identificamos que a dor intensa era proveniente de uma cárie extensa no dente 15, resultando em uma pulpíte aguda irreversível. Como já estava planejada a extração desse dente, então decidimos realizá-la no mesmo dia como uma medida de urgência. Além disso, aproveitamos a oportunidade para realizar a extração do dente 26, já que estávamos realizando a cirurgia nessa região e as demais extrações teriam seguimento no próximo semestre.

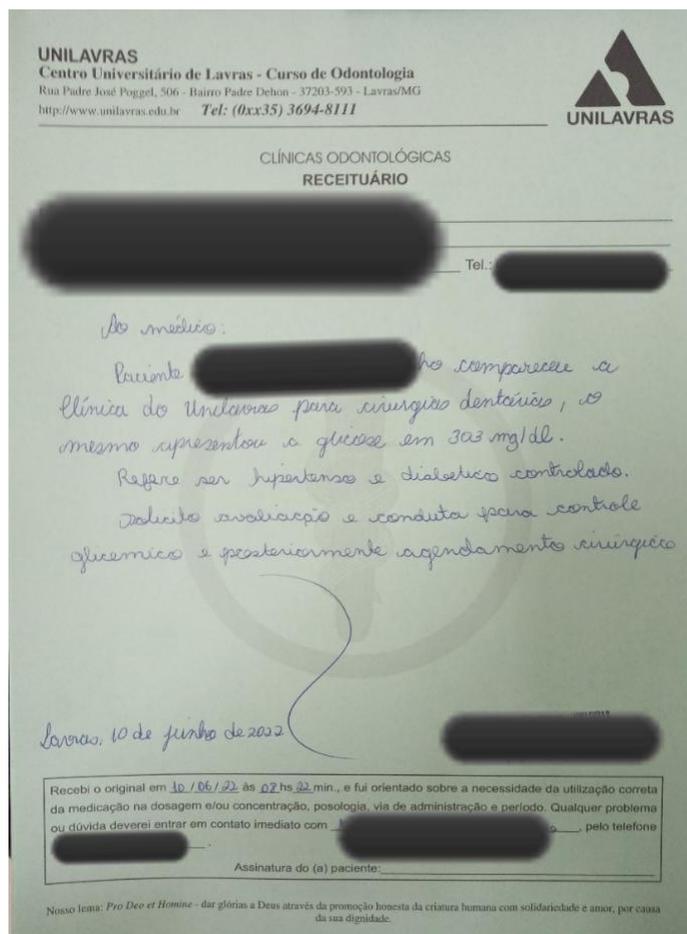
O paciente foi encaminhado ao Centro Cirúrgico e, antes de iniciar o procedimento, por se tratar de portador de Diabetes, verificamos sua glicemia, que estava em 303 mg/dl, indicando que a Diabetes não estava controlada conforme o paciente havia relatado na anamnese. Isso contra indicava a realização do tratamento odontológico proposto.

Em pacientes diabéticos, é fundamental a abordagem cautelosa, principalmente no pré-operatório, por meio do controle glicêmico para evitar incidentes durante o tratamento que será realizado (SOUSA; LEITE; YAMASHITA, 2022).

Conversei com o professor de Cirurgia, Nelson Pereira Marques, que recomendou que eu escrevesse outra carta ao médico (Figura 37), solicitando a liberação para o tratamento, considerando o descontrole da diabetes. Além disso, foram solicitados alguns exames de sangue (Figura 38), e a resposta só seria obtida no próximo semestre, pois não havia tempo suficiente.

Diante disso, o professor orientou que eu prescrevesse medicamentos para tratar os focos infecciosos presentes e aliviar a dor. A prescrição incluía amoxicilina 500 mg a cada 8 horas, por 7 dias, dipirona monoidratada 500 mg, por 3 dias ou conforme necessidade de alívio da dor, além de bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%, três vezes ao dia, por 7 dias.

Figura 37 - Segunda carta ao médico.



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

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

_____ Tel.: _____

Do médico:

Paciente _____ nasceu _____ compareceu a
clínica do Unilavras para cirurgias dentárias, e
mesmo apresentou a glicose em 303 mg/dL.
Refere ser hipertensa e diabético controlado.
Deixou avaliação e conduta para controle
glicêmico e posteriormente agendamentos cirúrgicos

Lavras, 10 de junho de 2022

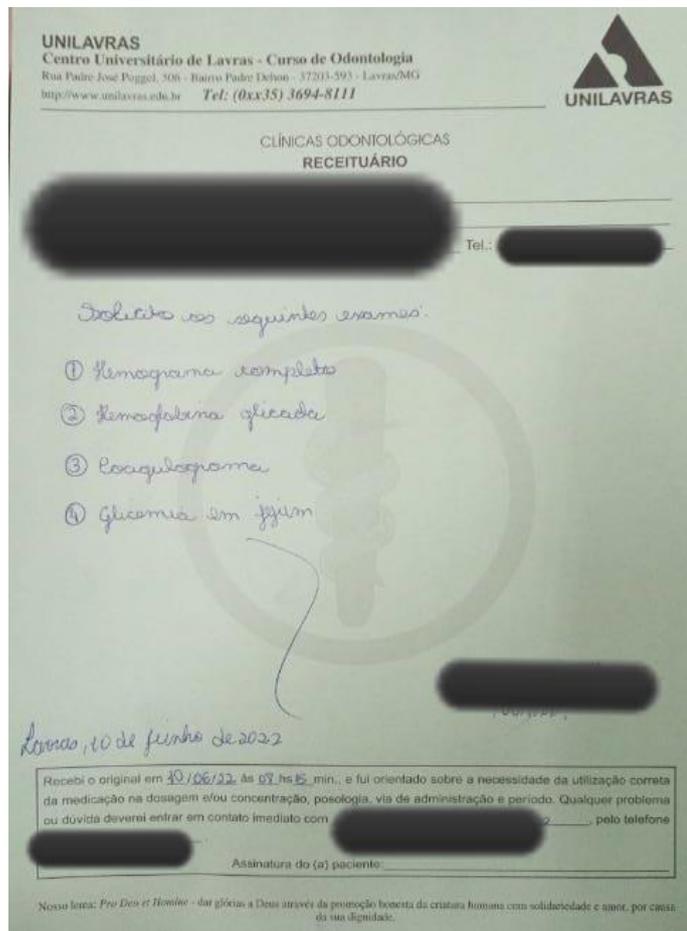
Recebi o original em 10/06/22 às 02hs 22 min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação na dosagem e/ou concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverei entrar em contato imediato com _____ pelo telefone _____

Assinatura do (a) paciente: _____

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

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 38 - Solicitação de exames glicêmicos.



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

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Tel.: [redacted]

Solicitado nos seguintes exames:

- ① Hemograma completo
- ② Hemoglobina glicada
- ③ Coagulograma
- ④ Glicemia em jejum

Lavras, 10 de junho de 2022

Recebi o original em 10/06/22 às 07:15 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 deverá entrar em contato imediato com [redacted] pelo telefone [redacted]

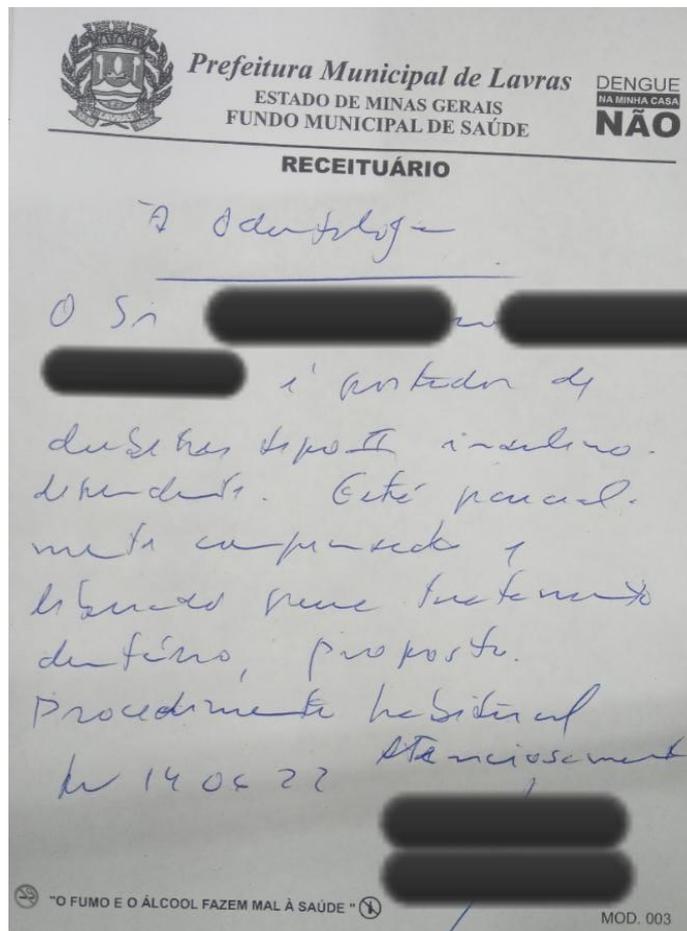
Assinatura do (a) paciente: [redacted]

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

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Iniciando os atendimentos do novo semestre, entrei em contato com o paciente para agendar o retorno e dar continuidade ao tratamento. Na primeira consulta, avaliamos os exames hematológicos e a resposta do médico, que indicava que o paciente estava apto a receber o tratamento (Figura 39). Em relação aos exames, todos os valores estavam dentro dos padrões de referência, exceto a glicemia em jejum, que estava em 132 mg/dL, e a hemoglobina glicada, que apresentou um valor de 7,1%. Hemoglobina glicada irá avaliar a média das glicemias nos últimos três meses. É indicada sua realização de rotina em todos os pacientes portadores de diabetes *mellitus* desde o diagnóstico da doença e a cada três a quatro meses (LAMOUNIER et al., 2008).

Figura 39 - Resposta da carta ao médico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Nesse mesmo dia, também foi realizada a moldagem de estudo da arcada superior e inferior utilizando um material hidrocólico irreversível (alginato). Essas moldagens foram feitas com o propósito de serem utilizadas na confecção das próteses.

Após obter o modelo de gesso (Figura 40), juntamente com a professora Renata de Carvalho Foureaux, que a partir desse momento me orientaria no caso, decidimos que as exodontias seriam em dois dias diferentes pelos seguintes motivos: paciente idoso, diabético, hipertenso, além do grande número de dentes a serem extraídos.

Figura 40 - Modelo de gesso com o planejamento da divisão das extrações.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Antes de agendar as extrações dentárias, foi essencial realizar uma montagem da parte que será encaminhada ao laboratório de prótese. Nesse caso, devido à ausência da maioria dos dentes posteriores inferiores do paciente, utilizei uma combinação de resina acrílica e cera como um dispositivo para criar planos de orientação. Esses planos foram usados para realizar o registro da mordida (Figura 41).

Figura 41 - Dispositivo para planos de orientação feito com resina acrílica e cera.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Agendamos uma consulta para realizar o registro de mordida, para o qual foi utilizado o silicone de adição disponível na clínica (Figura 42).

Figura 42 - Registro de mordida.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Os modelos foram enviados para o laboratório já montados em articulador (Figura 43) para a confecção das próteses. A protética informou a data de entrega das próteses prontas, o que possibilitou o agendamento dos dois atendimentos no centro cirúrgico.

Figura 43 - Montagem dos modelos em articulador.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

No primeiro dia de cirurgia, ficou decidido extrair primeiro os molares superiores (16, 26, 27, 28) e, na consulta seguinte, os demais dentes (15, 14, 13, 12, 11, 21, 23, 24, 25), a fim de posteriormente instalar a PTI superior juntamente com a PPR inferior.

Como parte do protocolo pré-operatório, foi realizada uma profilaxia antibiótica, em que o paciente foi orientado a ingerir 4 cápsulas de amoxicilina 500 mg, uma hora antes do procedimento. O restante da medicação prescrita foi recomendado para ser tomado após a cirurgia, seguindo a seguinte programação: amoxicilina 500 mg, uma cápsula a cada 8 horas, por 7 dias; dexametasona 4 mg, um comprimido a cada 12 horas, por 3 dias; paracetamol 750 mg, um comprimido a cada 6 horas, por 3 dias. Além disso, foi indicado realizar bochechos

com digluconato de clorexidina 0,12% três vezes ao dia, durante 7 dias, a partir do segundo dia pós-operatório.

O uso de medicamentos antimicrobianos em pacientes diabéticos é indicado somente em casos invasivos, por exemplo, exodontias, raspagens e endodontias, devido à baixa resistência e retardo da cicatrização (ALVES et al., 2006 citado por SOUSA; LEITE; YAMASHITA, 2022).

Apesar de tudo estar pronto e preparado para a realização das extrações, verificou-se que a glicemia do paciente estava novamente acima dos níveis permitidos. Decidiu-se aguardar por meia hora e realizar uma nova avaliação. Durante esse período, tentamos conversar e acalmar o paciente, pois suspeitava-se de um quadro de ansiedade. Na segunda medição, ainda foi observado um nível alto de glicemia, porém com uma ligeira diminuição. Optou-se por aguardar mais uma hora, realizando medições periódicas, até que finalmente houve uma diminuição (205 mg/dl) que, embora não fosse a ideal, permitia a realização das extrações. A P.A também foi aferida e apresentava valores normais.

Nesse momento, foi necessário que o paciente lesse e assinasse um termo de consentimento, no qual a situação era explicada (Figura 44).

Figura 44 - Termo de consentimento.

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu _____, recebi todas as informações e esclarecimentos, a respeito dos procedimentos cirúrgicos a que vou me submeter e estou de acordo com os termos abaixo relacionados:

1. Esclareço que recebi todas as informações necessárias sobre a finalidade e os tipos de procedimentos cirúrgicos. Esclareço também, que fui amplamente informado (a), sobre os possíveis riscos e complicações relacionados aos procedimentos cirúrgicos envolvidos no meu tratamento. Fui informado de possíveis métodos alternativos de tratamento, se há algum.
2. Declaro ter sido orientado sobre a utilização da medicação pré e pós-operatória, bem como sobre todos os cuidados que devo seguir após a cirurgia e durante o tempo de espera até a completa recuperação dos tecidos envolvidos. Comprometo-me a retornar periodicamente após o término do tratamento, para avaliação da(s) região(ões) operada(s).
3. Declarei ao cirurgião-dentista, durante a anamnese, todas as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes ou qualquer outra condição anormal em relação a minha saúde. Declaro que se, por esquecimento ou livre e espontânea vontade, omiti alguma informação mesmo não a julgando importante, assumo o risco de tal ato.
4. O cirurgião-dentista explicou-me que há certos riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento ou procedimento cirúrgicos, e que em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem os seguintes:
(Checar itens que são pertinentes) Desconforto pós-operatório e edema que podem durar alguns dias. Sangramento prolongado. Injúrias aos dentes adjacentes, próteses ou restaurações. Estiramento da comissura labial com consequente laceração e equimose (manchas roxas na pele). Infecção pós-operatória que pode exigir tratamento adicional. Restrição da abertura de boca durante a recuperação. Injúria ao nervo subiacente à região da cirurgia resultando em dormência ou formigamento do lábio, queixo, bochecha, gengiva, dentes e/ou da língua do lado operado, que pode persistir por semanas, meses, ou, em raras circunstâncias, permanentemente. Comunicação com o seio maxilar (uma cavidade normal localizada acima dos dentes superiores) exigindo cirurgia adicional. Em procedimentos de Bichetomia incluem-se os riscos de Lesão ao nervo facial, com consequente paralisia temporária ou definitiva da hemiface, lesão ao ducto parotídeo, hemorragia devido a lesão de ramificações da artéria facial e edema persistente com necessidade de tratamentos pós-operatórios como tratamentos medicamentosos, drenagem linfática, fisioterapia, ultrassom, entre outros.
5. Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do cirurgião-dentista para realizar procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. **Eu solicito e autorizo fazer o que for aconselhável.** Fui esclarecido que devido às diferenças individuais entre os pacientes, há possibilidade de risco de insucesso, recidiva ou retratamento, a despeito dos cuidados tomados. Recomendações a seguir no Pós-operatório:
Medicamentos, drogas, anestésicos e prescrições usadas durante a cirurgia, podem causar sonolência ou dificuldade de atenção ou coordenação; portanto, eu fui aconselhado a não trabalhar nem operar qualquer veículo, automóvel, ou dispositivo perigoso até completamente recuperado do efeito dos mesmos. Concordo em não dirigir, por meus próprios meios, e terei um responsável adulto me acompanhando para casa, após a minha liberação da cirurgia. Concordo em cooperar completamente com as recomendações que me foram passadas, entendendo que qualquer falta de cooperação pode resultar em diminuição dos ótimos resultados. **Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e me foram dadas explicações referentes a ele.**

Lavras, 16 de setembro, 2022.

Assinatura do Paciente

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Durante as extrações dos dentes 16, 26, 27 e 28 (Figura 46), foi realizado o bloqueio do nervo alveolar superior posterior e do palatino maior em ambos os lados, utilizando uma solução anestésica contendo vasoconstritor (articaína 4%). Devido à condição do paciente, foram utilizados no máximo 2 tubetes dessa solução anestésica, que é a quantidade permitida.

Segundo Silva et al. (2019) citado por Sousa, Leite e Yamashita (2022), a prilocaína com felipressina é o anestésico mais indicado em pacientes diabéticos devido ao seu grau de segurança e eficácia. Porém, Pereira et al. (2022) citados por Souza (2022), relataram um caso da exodontia de raiz residual em paciente hipertenso e diabético, e constataram que o uso de anestésico local é indispensável nos atendimentos odontológicos e deve ser feito com cautela. Entre os vasoconstrictores adrenérgicos, a preferência é pelo uso de epinefrina, desde que as condições sistêmicas estejam controladas e sejam respeitadas as dosagens máximas.

Durante a cirurgia, o descolamento dos tecidos ao redor dos dentes foi realizado com o auxílio de um descolador de *Molt*, evitando qualquer dilaceração dos tecidos. As extrações dos

63
dentes 16, 26, 27 e 28 foram realizadas com fórceps 18R e 18L (Figura 45). Após a extração, o alvéolo foi curetado e lavado com soro fisiológico, e em seguida foi realizada uma sutura contínua festonada.

A cirurgia foi concluída com sucesso e, como citado anteriormente, foi prescrita medicação pós-operatória. Antes de liberar o paciente, foi orientado que ele viesse mais calmo para a próxima sessão e que melhorasse sua dieta, a fim de evitar o risco de alta glicemia novamente.

Figura 45 - Dentes 16, 26, 27 e 28 extraídos.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Na última sessão de extrações dos dentes 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25, conforme ilustrado na figura 46, o paciente compareceu mais calmo, embora sua glicemia ainda estivesse acima do ideal. No entanto, foi possível realizar as extrações sem maiores complicações. Inicialmente, as suturas das extrações realizadas na semana anterior foram removidas, e constatou-se que a cicatrização estava perfeita.

Ao iniciar a cirurgia do dia, foi realizada a técnica anestésica por meio do bloqueio dos nervos alveolar superior anterior e médio, palatino maior e nasopalatino, utilizando uma solução anestésica contendo vasoconstritor (articaína 4%), respeitando a quantidade máxima de até 2 tubetes. A incisão foi feita com uma lâmina de bisturi número 15, contornando os dentes, seguida do cuidadoso descolamento do tecido com o descolador de *Molt*.

Durante a cirurgia, as extrações foram realizadas com o auxílio de fórceps números 150, 151 e 69. Foi feita uma incisão nos tecidos entre os dentes para ampliar o campo operatório, realizar a regularização do rebordo e remover espículas ósseas. Para esses procedimentos, utilizou-se um alveolótomo e uma lima para osso. Vale ressaltar que, neste caso, não foi utilizado um guia cirúrgico em acrílico.

Antes da sutura, realizei a manobra de Valsalva, na qual o paciente foi instruído a tampar o nariz e forçar como se estivesse assoando. Caso não ocorresse a formação de bolha pelo alvéolo, isso indicaria que não havia comunicação buconasal. Nesse caso específico, como não houve formação de bolha, e prosseguiu-se com a curetagem e a lavagem do alvéolo utilizando soro fisiológico. Por fim, foi realizada uma sutura contínua festonada utilizando um fio de *nylon* 4-0, conforme ilustrado na figura 47.

Após mais uma cirurgia bem-sucedida, foi prescrita novamente a mesma medicação pós-operatória para o paciente. Após finalizar as atividades no centro cirúrgico, dirigimos à clínica para realizar os ajustes necessários visando à instalação da PTI e PPR em conjunto, com a orientação da professora supervisora do caso.

Figura 46 - Alvéolo após as extrações.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 47 - Sutura contínua festonada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

A Prótese Total Imediata foi instalada e ajustada de acordo com o rebordo alveolar superior, utilizando o material *Coe Soft* para proporcionar uma adaptação adequada. Os alvíos

foram realizados tanto na PTI quanto na PPR, como mostra a figura 48, utilizando a broca *Maxicut*, e os ajustes foram polidos com as borrachas do *kit* de polimento. Além disso, foram realizados também os ajustes oclusais utilizando papel carbono, visando melhor adaptar a oclusão do paciente.

O paciente foi orientado a não remover a prótese nas primeiras 24 horas, a fim de permitir a estabilização do coágulo. Após esse período, a prótese deveria ser removida para uma limpeza adequada.

Figura 48 - Prótese Total Imediata instalada e ajustada após a cirurgia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

O paciente retornou após 7 dias para a remoção das suturas, e a cicatrização foi considerada adequada. Foram realizados novos ajustes nas próteses utilizando a broca *Maxicut*, uma vez que o inchaço decorrente da cirurgia havia diminuído, como foi feito mais ajustes oclusais. Além disso, o paciente foi orientado a utilizar o produto Fixador de Prótese Dentária para auxiliar na fixação das próteses.

Após um período de 15 a 20 dias, o paciente voltou à clínica para a substituição do material reembasador por uma resina acrílica mais rígida. Nessa fase, o paciente estava pronto para aguardar um período de 3 meses, durante o qual a Prótese Total (PT) e a PPR definitivas seriam confeccionadas. Essa etapa marcou a conclusão dessa fase do tratamento.

Atualmente o paciente se encontra bem adaptado com as próteses, tendo uma melhor qualidade de vida e aguardando um retorno da Clínica Odontológica do UNILAVRAS, até que seja chamado para o tratamento ser concluído com a PT (Prótese Total) e PPR definitivas.

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vytória Aparecida Rezende

Meu nome é Vytória Aparecida Rezende, tenho 22 anos, sou natural de Carrancas-MG, onde vivi todas as fases da minha vida até o momento em que tive que me mudar para Lavras devido à faculdade. Como já dito anteriormente, estudei a minha vida toda nas escolas de Carrancas, mas no ano de 2018 estava no terceiro ano do Ensino Médio e optei por fazer curso pré-vestibular preparatório para o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), em Lavras, durante a noite. A rotina era cansativa, pois viajava todos os dias e ainda estava concluindo o ensino médio.

A dedicação com os estudos sempre foi minha prioridade, almejava um curso superior mesmo sem ter certeza de qual cursaria. O meu sonho era uma universidade federal para não sobrecarregar meus pais financeiramente. Ao finalizar o ensino médio, não estava certa ainda do que faria, mas tinha a certeza de que não pararia os estudos naquele momento. Em uma noite de insônia, diante dos meus pensamentos conturbados e ansiosos sobre o que resolveria da minha vida, a Odontologia me veio à tona, pensei em todas as possibilidades diante da profissão e como poderia fazer a diferença na vida das pessoas. No outro dia, disse aos meus pais que já tinha feito a minha escolha, e a partir disso tomei todas as providências necessárias para ingressar no curso. Fui aprovada no vestibular e alguns dias depois tive a notícia de que tinha sido aprovada em um curso da área de exatas em uma universidade federal, o que inicialmente era o meu sonho. Porém, algo fez com que eu não desistisse da Odontologia, e isso hoje me proporciona uma sensação de alívio imensa, pois tenho a certeza de que fiz a escolha certa.

Diante dessa minha decisão, talvez um dos momentos mais difíceis até hoje tenha sido a saída de Carrancas para morar em Lavras, pois eu que nunca tinha saído de casa, sempre muito apegada à minha família, tive que partir em busca dos meus sonhos, minha profissão e a minha independência. Desde que saí, a luta com a saudade e com a falta que sinto deles e da minha cidade natal é uma dificuldade que venço todos os dias. Mas, diante dessa trajetória, olho para trás e sou grata por tudo que já vivenciei até aqui, pois a Odontologia já me proporcionou momentos e evoluções incríveis como pessoa, aluna, filha, irmã e amiga. Durante todos esses anos de curso, cada procedimento aprendido na Pré-Clínica foi um desafio, a cada paciente atendido uma conquista, pois a Odontologia exige muita maestria e delicadeza de nós, e isso era o que me assustava no início da minha trajetória nessa área da saúde. Sou imensamente grata, feliz e realizada por tudo que vivenciei até aqui no curso.

O caso que irei apresentar neste trabalho é de uma cirurgia de frenectomia lingual, realizada na Clínica Infantil II, no ano de 2022, em um paciente venezuelano, do sexo masculino, com oito anos de idade.

2.5.1 Desenvolvimento das atividades

Paciente do gênero masculino, 8 anos de idade, compareceu à clínica de urgência na Clínica Infantil II, acompanhado de sua mãe, seu irmão de colo e uma amiga de sua mãe, visto que são venezuelanos e tinham dificuldades de comunicação e precisavam de ajuda. Como o paciente e sua família falam a língua espanhola, ao preencher a ficha de urgência tive muita dificuldade de comunicação com a mãe, pois ela entendia português, mas pronunciava com dificuldade, tinha muitos traços do espanhol ainda na sua fala. O paciente, por ter vindo para o Brasil quando mais novo, falava bem nossa língua, mas também tinha um pouco de sotaque espanhol. Eles buscaram atendimento com queixa de dentes posteriores quebrados, e após o preenchimento da ficha de urgência partimos para os exames extrabucal e intrabucal.

No exame intrabucal, percebi que ele apresentava uma diminuição dos movimentos da língua e um freio lingual (FL) curto. Notamos que o paciente apresentava alguma dificuldade de fonação, mas até então não sabíamos se era do seu sotaque ou das condições do seu frênulo lingual. Segundo Nogueira, Inocêncio e Barbosa (2021), o FL é formado por fibras superiores do músculo genioglosso, essas fibras deverão sofrer apoptose e migração para a porção mediana do dorso da língua durante o desenvolvimento embrionário. Uma falha nesses dois processos celulares resulta em uma anquiloglossia, que tem como definição a limitação dos movimentos da língua, popularmente conhecida como “língua presa”, tendo maior prevalência em pacientes do gênero masculino.

A anquiloglossia, segundo Machado e Rodrigues (2021), pode ser classificada em total ou parcial. A anquiloglossia total é quando se tem a língua totalmente fixada na região sublingual. Já a anquiloglossia parcial é mais comum, e clinicamente não apresenta o mesmo nível de fixação. Além dessa classificação, Brito et al. (2008) citado por Saar et al. (2021), classifica o FL alterado de acordo com a sua extensão ou inserção, sendo assim, as classificações são: FL com inserção anteriorizada, freio curto ou freio curto com inserção anteriorizada. As definições dos termos, respectivamente, são: inserção na face sublingual, após a sua metade, independentemente da sua posição; freio com medida encurtada; e freio com

ambas as características citadas. É válido lembrar que em qualquer das condições se tem uma limitação nos movimentos da língua.

O paciente apresentava anquiloglossia parcial e freio curto com inserção anteriorizada, conforme mostra a figura 49.

O professor Ricardo Augusto Barbosa me instruiu a monitorar mais se o freio lingual realmente estava interferindo na fala, visto que teríamos outras sessões para esclarecer essa dúvida, pois iríamos realizar os procedimentos de urgência nos dentes decíduos posteriores com lesões cáries extensas. A figura 50 (A, B e C) mostra as radiografias dos dentes posteriores.

De acordo com Ferreira et al. (2018) citado por Recchioni et al. (2021), o diagnóstico precoce da anquiloglossia é fundamental, pois alterações na movimentação total ou parcial da língua, fonética e dicção são algumas das consequências relacionadas à inserção anormal do freio lingual, bem como alterações periodontais, ortodônticas e protéticas, relacionadas à dificuldade de higienização bucal, além de problemas psicossociais devido à dificuldade de fala. Em relação aos problemas na dicção, provêm de distorções fonéticas mais comuns ("s" e "z").

Figura 49 - Freio lingual curto com inserção anteriorizada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 50 - Exame radiográfico inicial.



(A) Radiografia interproximal do lado esquerdo. (B) Radiografia interproximal do lado direito. (C) Radiografia periapical superior posterior do lado direito. **Fonte:** Arquivo digital de radiografias da Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2022).

À medida que os procedimentos de urgência foram sendo executados, percebemos que realmente existia uma dificuldade na fala. Ao conversar com a mãe sobre a possibilidade de realizar a frenectomia lingual, ela relatou ter alguns sobrinhos mais velhos com o mesmo problema: dificuldade de pronunciar algumas palavras corretamente, e nos apoiou na decisão para a realização da cirurgia, pois seus sobrinhos sofriam com essa dificuldade e não tinham condições de resolver essa questão.

Estrela (2018) relatou que a anquiloglossia tem sua etiologia desconhecida, mas que o fator genético, de acordo com alguns estudos, tem uma grande relevância, o que nos fez relacionar a história familiar do paciente.

O paciente não demonstrava sofrer *bullying* em seu convívio social, pois como já foi citado, ele ainda tinha um pouco do sotaque espanhol. O seu sotaque camuflava a sua dificuldade na fala, causada pelas condições de seu FL, tornando-a quase imperceptível.

No momento da anamnese a mãe relatou que quando bebê o paciente não apresentava dificuldade na sucção do leite materno, pois essa dificuldade ao sugar o leite é uma das indicações para a realização da frenectomia lingual em recém-nascidos. A intervenção nesse momento garante aos bebês e também às mães um conforto para essa fase delicada da vida de ambos, além de evitar futuras dificuldades (NOGUEIRA; INOCÊNCIO; BARBOSA, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), atualmente em nosso país existe uma lei (Lei nº 13.002/2014) que rege ser obrigatória a realização do teste da linguinha em todas as maternidades nos primeiros dias de vida do neonato, e juntamente com o teste avaliar a mamada, evitando assim que a criança tenha dificuldade na pega, que a mãe tenha fissuras nos seios e conseqüentemente a criança venha a ter dificuldade no ganho de peso.

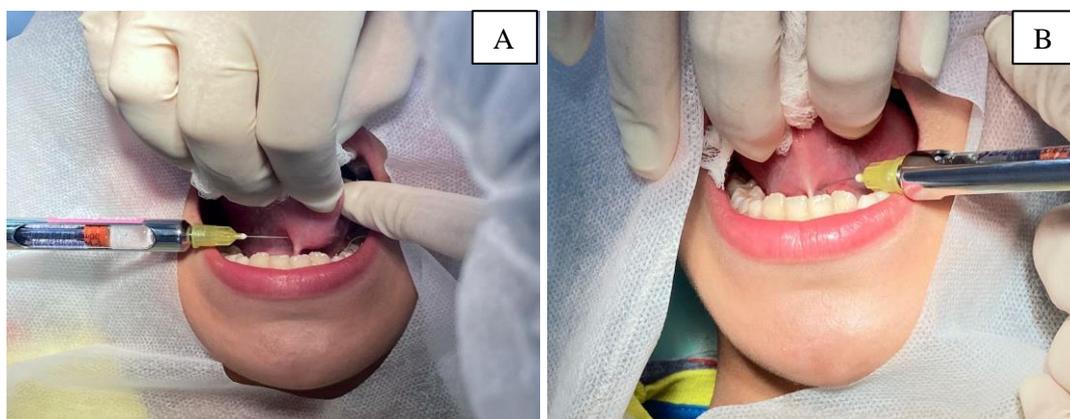
Além disso, esses fatores podem ser motivos para o abandono do aleitamento materno, o que não é nada vantajoso para o desenvolvimento do bebê. De acordo com Guedes-Pinto et al. (2010), o leite materno oferece para o bebê inúmeras vantagens, desde o fortalecimento do sistema imunológico até a oferta de todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento nos primeiros 6 meses de vida, e também não apresenta risco de contaminação. Além disso, o ato de sugar traz benefícios para o desenvolvimento corretamente da maxila e mandíbula.

Depois de todas as urgências concluídas, o próximo procedimento realizado foi a cirurgia de frenectomia, que será descrito a seguir.

O primeiro passo para a realização da cirurgia foi a paramentação e montagem da mesa cirúrgica. Logo em seguida instruímos o paciente para bochechar a clorexidina 0,12%, para antisepsia oral, e clorexidina 2%, para extraoral. E, então, partimos para a anestesia, e para um maior conforto do paciente optei por anestésiar o nervo lingual do lado direito primeiramente para garantir que o ápice da língua estivesse anestesiado e o paciente não sentisse a punção no ventre dela.

É válido lembrar que também para um momento de anestesia mais tranquilo secamos a mucosa antes da punção e usamos anestésico tópico previamente à primeira anestesia. Checamos se ainda havia sensibilidade nos 2/3 anteriores da língua e região sublingual e partimos para anestesia na base da língua, conforme a Figura 51 (A). Anestésiei primeiro o lado direito sublingual, e fui penetrando a agulha no freio lingual até que ultrapassasse para o lado esquerdo, para logo em seguida anestésiar esse lado e assim garantir novamente que o paciente sentisse menos desconforto e também para um menor sangramento transcirúrgico (Figura 51 B).

Figura 51 - Momento da anestesia sublingual.



(A) Anestesia do lado direito. (B) Anestesia do lado esquerdo. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

A seguir, checamos se havia acontecido a dessensibilização total da região pela solução anestésica, e utilizamos um fio de sutura de seda para transpassar a língua e assim ter possibilidade de estabilizar e tracionar a língua durante o procedimento cirúrgico (Figura 52).

Figura 52 - Transpasse da língua com fio de seda.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Com o tracionamento da língua do paciente, iniciamos então o corte sublingual. Para essa manobra cirúrgica, utilizei uma tesoura cirúrgica de ponta romba. É válido lembrar que outras técnicas são aceitas pela literatura.

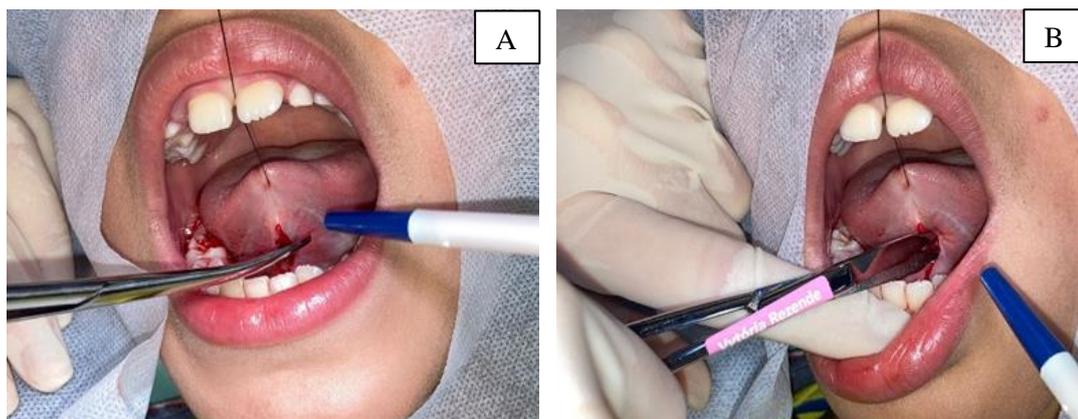
Imparato (2015) demonstra a técnica adaptada por Issao e Guedes-Pinto, que utiliza a tesoura como instrumental de escolha para esse tipo de cirurgia, técnica base para a realização do tratamento do caso em questão. Bistaffa, Giffoni e Franzin (2017) citado por Oliveira, Sanches e Antônio (2019), explicam que a técnica convencional ainda é a mais praticada pelos profissionais atualmente, em razão da não precisão de investimentos em equipamentos de alto valor.

Moreira et al. (2022) citado por Capelario et al. (2023), relatam que também pode ser usado bisturi convencional ou bisturi elétrico para o mesmo fim. Porém, ressaltam o uso do *laser* nesses tipos de cirurgias, visto que essa tecnologia tem trazido bons frutos para a prática odontológica. Vários benefícios são mensurados com o uso do *laser*, alguns exemplos dessas vantagens são: menor risco de infecção, cicatrização mais eficiente, garante ao paciente um maior conforto no pós-operatório, pois reduz o processo inflamatório, diminui a quantidade usada de solução anestésica e também contribui para o controle da hemorragia. Atualmente, não há estudos suficientes que demonstrem grandes diferenças nesses tipos de intervenções entre usar o *laser* de Diodo ou de CO₂, mas se sabe que o uso de um dos dois quando se comparado às técnicas convencionais de frenectomia garantem, especialmente ao paciente

pediátrico, uma melhor comodidade e um resultado mais satisfatório. Portanto, entre as duas opções de *lasers* e diante do uso para intervenções em frenectomias não se tem o específico. Independentemente de qual técnica ou material usado, é válido lembrar que o corte ou mesmo a incisão devem ser minuciosos nessa região, a fim de evitar danos ao ducto da glândula salivar sublingual.

O tamanho do corte é avaliado à medida que se nota que está tendo uma melhora na movimentação da língua, e essa movimentação é feita a partir do tracionamento com o fio de sutura. Para uma maior segurança no ato cirúrgico, depois do corte no freio em si, o corte continua nas laterais do freio, para assim facilitar a divulsão desse tecido fibroso, evitando uma possível recidiva (Figura 53 - A e B). Após o corte do freio com a tesoura, a ferida adquire um formato losangular (Figura 54).

Figura 53 - Corte e divulsão do tecido.



(A) Corte do freio com tesoura romba. (B) Divulsão do tecido adjacente com a tesoura. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 54 - Ferida após o corte com a tesoura e o descolamento dos tecidos adjacentes.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Como mostrado na figura 53 (B), a divulsão do tecido foi feita com a tesoura, visto que esse passo é fundamental para o sucesso do procedimento e exige muito cuidado do profissional para que não aconteça um acidente iatrogênico. Além disso, é necessário que o paciente colabore durante o procedimento cirúrgico.

Para a sutura, nesse caso, o Professor Ricardo me instruiu a utilizar um fio reabsorvível, para que a remoção da sutura não fosse necessária, pois na região sublingual gera um maior desconforto para o paciente. A sutura deve começar pelo centro do corte (Figura 55), seguida da parte superior e só depois a parte inferior da ferida. Nesse momento também é exigido do cirurgião uma cautela maior para não suturar os ductos da glândula submandibular, como já foi citado o cuidado essencial com essa estrutura nobre do assoalho da boca durante a incisão do freio lingual.

A sutura deve ser feita com vários pontos simples, ser eficiente e apresentar boas condições, para que não ocorra uma cicatrização desse tecido de forma precária (Figura 56).

Figura 55 - Primeiro ponto simples, no centro da ferida, na língua.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

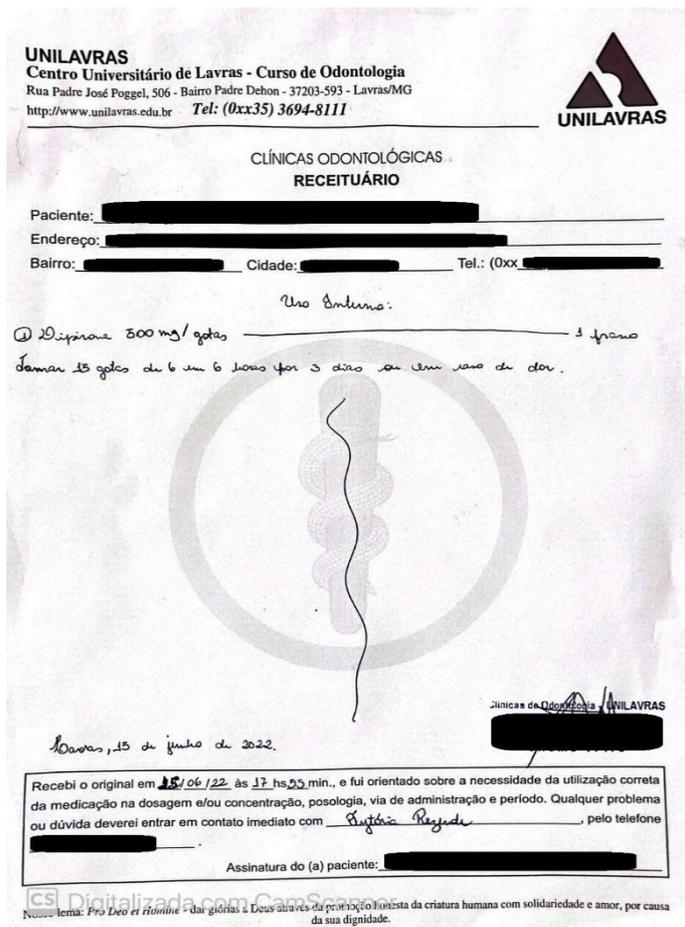
Figura 56 - Aspecto final da ferida com a sutura concluída.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Após o ato cirúrgico, foi prescrito para o paciente somente analgésico, pois não havia necessidade da prescrição de outros fármacos, como antibióticos nem anti-inflamatórios. O analgésico prescrito para esse caso foi dipirona 500 mg em solução, de 6 em 6 horas, por 3 dias, ou em caso de dor (Figura 57). A dose foi calculada de acordo com o peso da criança.

Figura 57 - Receituário.



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

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED]
Bairro: [REDACTED] Cidade: [REDACTED] Tel.: (0xx) [REDACTED]

Uso Entorno:

① Dipirona 500 mg/gotas _____ 3 frasco
Tomar 15 gotas de 6 em 6 horas por 3 dias ou em caso de dor.

Lavras, 15 de junho de 2022.

Recebi o original em 15/06/22 às 17 hs 55 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 Antônio Rezende, pelo telefone [REDACTED].

Assinatura do (a) paciente: [REDACTED]

Nosso lema: Pro Deo et homine - dar graças a Deus através da prestação honesta da criatura humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Arquivo do prontuário digital da Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2022).

Após sete dias, o paciente retornou para a inspeção da cicatrização do tecido em questão (Figura 58). Pelos aspectos da área, a reparação tecidual apresentava características de uma excelente recuperação, pois o paciente não relatava nenhuma sintomatologia e nessa mesma consulta a mãe relatou ter notado diferença na pronúncia de algumas palavras que o filho antes do ato cirúrgico falava errado. Mesmo com o sinal de melhora da situação relatada pela responsável, fizemos um encaminhamento do paciente para o acompanhamento multidisciplinar com a terapia fonoaudiológica. Com o encaminhamento, garantimos que o

resultado da cirurgia seja ainda melhor, visto que o profissional irá ajudar em outras questões relacionadas à fala.

Figura 58 - Cicatrização do tecido 7 dias após a frenectomia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Guedes-Pinto (2016) ressalta que é muito importante o envolvimento de outros profissionais no tratamento de crianças. Ele ressalta ainda a grande diferença que o fonoaudiólogo faz na prevenção, avaliação e tratamento das possíveis alterações do sistema estomatognático. Essa interação entre os profissionais de áreas diferentes garante um tratamento preciso, com resultados efetivos, e além de tudo em um curto espaço de tempo, além de ser essencial na etapa diagnóstica.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Flávia Leite Mendonça

Para iniciar a minha autoavaliação, gostaria de expressar minha gratidão e alegria pelos aprendizados e que fiz o meu melhor para o paciente do meu caso clínico apresentado. Por ter realizado os procedimentos, eliminando focos de infecção, levando a adequação do meio bucal, o que incentivou o paciente na hora da escovação, e com isso foi obtida uma melhora nos hábitos alimentares e de higiene, tendo a mãe percebido a importância dessa mudança. Além disso, foi algo muito satisfatório sentir que eu consegui contribuir de forma significativa para a melhora da saúde bucal e geral do paciente, proporcionando uma melhor qualidade de vida para essa criança.

Apesar de ter sido um tanto desafiador lidar com seu comportamento temeroso e nervoso com o tratamento, hoje me sinto mais preparada e confiante para atender crianças pequenas e bebês. E é imensamente gratificante ver seu sorriso ao final da consulta, mesmo depois de muitas vezes a criança ter chorado durante todo o atendimento.

A trajetória da faculdade me proporcionou inúmeros sentimentos, em momentos em que achei que não daria conta. A cada passo, cada novo aprendizado, cada nova superação e a cada novo paciente eu tive mais certeza de estar na profissão certa.

Foi um caminho pelo qual descobri minhas dificuldades e minhas facilidades, criei mais amor por certas áreas, e acabei me distanciando de outras, essas as quais não me encantavam tanto. E me vejo seguindo os passos para a Odontopediatria, área que pretendo trabalhar e me especializar, realizando cursos voltados para essa área.

Sempre me pego refletindo e relembrando o início da faculdade, quando cheguei cheia de sonhos e energia, apesar do medo e receio, já que tudo era muito novo para mim, e fui engatinhando, aprendo cada vez mais, fazendo novas amizades e tendo boas descobertas. Foi uma fase de um grande e bom desenvolvimento pessoal, contribuindo de forma significativa na modulação da mulher que venho me tornando.

E concluo com a certeza de que cada ano valeu muito a pena, que os professores se tornaram para mim inspiração, e que sem a ajuda dos amigos e familiares não teria conseguido, pois eram eles a quem sempre recorria nos momentos de desânimo, além de todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte dessa fase.

E que sem a vontade de Deus não teria feito dessa trajetória tão abençoada. Ele a quem devo minha gratidão por ter escrito em seus planos algo tão especial, e agradeço por ter tido essa oportunidade única, não me faltando apoio e amparo em momento algum.

3.2 Autoavaliação da aluna Isabela Mayrink Silva Graçano Martelletto

Há cinco anos dei início a uma jornada em busca da realização de um sonho. A caminhada que trilhei até aqui foi marcada por desafios, não apenas acadêmicos, mas também pela saudade de casa e da família, inseguranças e medos. No entanto, foram os efeitos dessas adversidades que me fizeram amadurecer e me tornar a mulher que sou hoje.

Ao concluir este ciclo, percebo o quanto a Odontologia agregou à minha vida e contribuiu para o meu crescimento pessoal. Cada experiência vivenciada nos estágios, visitas domiciliares e atendimentos na Clínica do UNILAVRAS, bem como os ensinamentos obtidos por meio das histórias de vida dos pacientes, e todo o conhecimento adquirido ao longo do curso, foram peças fundamentais para minha formação pessoal e profissional, pois me permitiram enxergar a Odontologia com uma nova perspectiva, além da cavidade oral. Ser dentista é levar saúde aos pacientes, restaurar vidas, devolver autoestima e fazer com que eles voltem a sorrir sem constrangimento ou vergonha.

Agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre presente em minha vida, iluminando meu caminho, concedendo-me paciência e forças para continuar nesta trajetória. Agradeço também aos meus pais e a meu irmão, pela dedicação, apoio e amor incondicionais, assim como a todos os meus amigos que vibraram com a realização deste sonho, e aos meus professores, pelo conhecimento e ensinamentos adquiridos ao longo do curso.

O caso que escolhi para este portfólio marcou-me profundamente, pois além de se tratar de uma paciente muito tímida, que já havia passado por experiências odontológicas ruins anteriormente, era um caso raro e complicado. No entanto, apesar do medo e da desconfiança apresentados pela paciente, consegui estabelecer uma conexão durante as consultas, fazendo com que ela se abrisse e depositasse confiança em mim. Ao me deparar com a complexidade do caso, despertou em mim um grande interesse em pesquisar mais sobre o assunto, na busca por uma melhor solução.

Concluo expressando minha imensa gratidão por fazer parte da Odontologia, uma profissão linda que admiro profundamente. Hoje, sinto-me realizada e orgulhosa ao ver este sonho se tornar realidade. Irei exercer essa profissão com amor, dedicação e comprometimento,

mantendo-me sempre atualizada, estudando intensamente e buscando mais conhecimentos, para oferecer aos meus pacientes um atendimento de qualidade e humanizado.

3.3 Autoavaliação da aluna Luana Caroline Carvalho Pereira

Há cinco anos estava tendo uma decisão importante, com inúmeros cursos para escolher o que eu faria para o resto da vida. Tratava-se de uma escolha necessária e de grande valor, que hoje reconheço em maior medida. Quantos alunos iniciaram comigo e hoje estão em outros cursos, com outros planos e deixaram a Odontologia de lado? É prazeroso falar com tamanha satisfação que não me vejo fazendo outra coisa hoje em dia, pois a Odontologia se revelou a melhor decisão que tomei para o meu futuro.

Lembrando desses cinco anos, percebo que aprendi e amadureci muito. Estudar nunca foi um fardo, desafiarmo-nos a cada caso que aparecia sempre foi uma adrenalina emocionante e prazerosa. Uma preocupação constante foi sempre tentar garantir o mínimo de dor e proporcionar o máximo de conforto para aqueles que foram atendidos por mim. Considero-me atenta ao impacto das minhas ações no bem-estar do paciente, pois aprendi pela minha própria experiência como paciente o quão desconfortável é receber um atendimento em que há dor e falta de cuidado.

Desejo, em primeiro lugar, expressar minha gratidão a Deus por sempre guiar minhas mãos e decisões. Quero também agradecer a todos os pacientes que confiaram em meu atendimento, por terem paciência quando eu estava no início, pelos conselhos dados a fim de me acalmar e dizendo que eu dava conta, mas especialmente à paciente deste caso em particular. Ela chegou até mim com uma dor insuportável que persistia há semanas, enquanto cuidava de duas crianças e precisava trabalhar, sem conseguir realizar tarefas básicas, nem mesmo dormir, devido à intensidade da dor. Assumir essa responsabilidade foi um verdadeiro desafio, porém, a satisfação de ser capaz de aliviar sua dor, que também trouxe alívio ao seu mau humor, ao cansaço e melhorou sua qualidade do sono, foi ainda mais gratificante.

A Odontologia me fez uma pessoa melhor, mais humanizada nesse mundo que hoje está tão “automático”. Não tenho nada a reclamar do curso, nem da faculdade em que estou me formando, pois sempre tive o apoio necessário, as dúvidas esclarecidas por toda a equipe de professores que sempre foram muito solícitos, um coordenador que cuida do curso com toda dedicação e afeto. Eu não sairia daqui tão grata e satisfeita se não tivesse uma equipe tão competente quanto a do UNILAVRAS.

3.4 Autoavaliação da aluna Maria Paula Avelar Cardoso

Ao me formar no ensino médio, na mesma semana recebi uma mensagem do UNILAVRAS me convidando para realizar a matrícula naquele mês, visto que já tinha sido aprovada no vestibular da instituição. Sem pensar demais, peguei o carro e me desloquei da minha cidade até Lavras, e realizei a matrícula. Hoje, olhando para trás, vejo que tudo aconteceu muito rapidamente. Porém, posso concluir que cada atitude foi guiada por Deus, levando-me a fazer o que deveria ser feito. Posso dizer que escolher o UNILAVRAS foi uma das melhores decisões que eu poderia tomar. Sou muito grata por tudo que esse lugar me proporcionou e pela pessoa que estou me tornando agora. Lembro-me de cada momento do curso que marcou minha evolução, desde os medos até as superações. Com isso, tenho certeza de que devo continuar crescendo cada vez mais.

Nessas evoluções, sou imensamente grata a todos os pacientes que acompanharam minha trajetória e depositaram em mim sua confiança. Em especial, gostaria de agradecer ao paciente deste caso em particular, que não apenas confiou em mim, mas também demonstrou carinho e depositou suas expectativas, mesmo ciente das inseguranças que um estudante em graduação pode ter.

Meu caso serviu como uma experiência e aprendizado muito valioso. Mesmo sendo algo que eu desejava realizar, no meio do caminho houve muitos acontecimentos inesperados, medos a serem vencidos e decisões a serem tomadas, mas que abriram meus olhos para os detalhes que preciso melhorar e me atentar nas próximas vezes. Falar sobre isso me toca profundamente. Abordar um paciente que estava sofrendo, com dor, com baixa qualidade de vida, triste com sua situação e poder proporcionar conforto, estética, bem-estar e uma melhora na autoestima foi uma satisfação maravilhosa. É nessas horas que tenho total certeza de que estou na profissão certa.

Sendo assim, posso concluir que, ao chegar ao final dessa graduação, sou uma pessoa realizada. Percebo que os medos que senti há algum tempo em relação à minha formação foram superados. Sinto-me agora mais forte, preparada e extremamente feliz e grata a Deus, aos meus pais, família, amigos, colegas, professores e funcionários que fizeram parte dessa jornada. Sou grata a todos os envolvidos nessa conquista e por tudo que a graduação me proporcionou.

3.5 Autoavaliação da aluna Vytória Aparecida Rezende

Fim desse ciclo, marcado por muitas mudanças, amadurecimento e muito conhecimento. Ao olhar para trás, sinto uma paz profunda e uma sensação de realização indescritível, pois todo o esforço, dedicação e as renúncias valeram a pena! A graduação em Odontologia se tornou um marco em minha vida, e durante essa trajetória precisei me reinventar e enfrentar meus maiores medos de frente, em uma constante evolução.

Os medos e as dificuldades durante o percurso me tornaram mais forte, fizeram-me acreditar em mim mesma, e isso representa um desafio para mim. Sempre soube que não seria fácil, e realmente não foi, mas a minha trajetória até aqui foi sempre muito gratificante, emocionante, iluminada, cheia de determinação e principalmente de muita fé. Sou mais feliz por fazer parte da Odontologia, essa área da saúde pela qual eu sou tão encantada.

Palavras me faltam para expressar a minha gratidão a Deus e a cada um dos que estiveram comigo durante essa jornada, principalmente minha família e amigos, que vibravam a cada conquista, mas também eram meu acalento nos dias difíceis. Sempre tive todo o apoio e suporte possível.

Aos pacientes, como fui feliz em cada consulta, a cada história de vida, por tanto carinho e confiança! Cada um com seu jeito e particularidade, transformando-me em uma pessoa e uma profissional melhor.

Finalizando essa etapa tão importante do curso, escrevo este trabalho com o coração cheio de alegria, lembrando-me especialmente de cada momento na execução do caso apresentado. O paciente em questão era um menino muito desconfiado, que demonstrava no olhar um pouco de tristeza, e aos poucos em cada consulta fomos nos aproximando e ganhando a confiança um do outro. Tivemos uma evolução enorme, pois no segundo contato dele com a clínica estava planejada a realização de uma exodontia, e numa primeira tentativa o paciente não colaborou e não foi possível realizar a cirurgia nessa consulta e conversamos bastante com o paciente. Na próxima consulta, ele foi muito colaborativo, e a partir disso mudou completamente seu comportamento, sendo possível até a execução da frenectomia. E a evolução acabou sendo muito mais minha do que dele, pois tive a experiência de atender a um paciente de outra nacionalidade, além da intervenção cirúrgica ser um procedimento minucioso que nunca havia feito. Mais uma vez tive que trabalhar minha autoconfiança, além de garantir uma melhora na qualidade de vida do paciente.

É a primeira conquista de muitas que ainda virão, a busca por mais conhecimento e aperfeiçoamento será sempre almejada por mim. Encerro a minha graduação com a sensação de dever cumprido! Posso dizer, com a maior certeza, que vivi a minha melhor versão durante esse sonho!

4 CONCLUSÃO

Ao finalizar este trabalho e após uma jornada intensa, repleta de desafios, medos e inseguranças, concluímos que cada obstáculo enfrentado e o processo de constante transformação serviram para nos fortalecer e alimentar nossa evolução, tanto no âmbito pessoal quanto profissional.

Ao longo dessa caminhada, aprimoramos conhecimentos e experiências que nos proporcionaram um enriquecimento substancial para nossa formação. Aprendemos a considerar o paciente em todas as suas dimensões, com suas necessidades, problemas e vivências. Vimos que a Odontologia vai muito além da cavidade bucal, e que o sucesso dos procedimentos depende de um alto grau de responsabilidade, organização e planejamento. Tudo isso nos permitiu criar relações mais humanas, sensíveis e eficazes, o que tem um impacto direto na qualidade dos atendimentos e cuidados prestados.

É imprescindível dizer que, durante o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, percebemos como a união de esforços e a troca de experiências e conhecimentos foram fundamentais para chegarmos aonde estamos.

Dessa forma, concluímos esse capítulo de nossas vidas com gratidão, entusiasmo e determinação, mas sabendo que ainda há muito a aprender. Hoje, sentimos que somos profissionais mais preparados e conscientes, prontos para fazer a diferença na vida das pessoas e exercer a profissão com muito amor, dedicação e de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. D. de. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 256 p.

BARBOSA A. N. F. et al. Dor e fatores associados em pacientes atendidos em um serviço de urgência odontológica no sul do Brasil. **Revista da ABENO**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 1, p. 1-11, dez. 2021.

BERNARDES, A. L. B.; DIETRICH, L.; FRANÇA, M. M. C.de. A cárie precoce na infância ou cárie de primeira infância: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande Paulista], v. 10, n. 14, p. 1-13, nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/diabetes/>>. Acesso em: 08 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste da linguinha**: avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos pode detectar a anquiloglossia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/12516>>. Acesso em: 25 abr. 2023.

CAPELARIO, E. de F. S. et al. Benefícios da cirurgia de frenectomia lingual e labial na qualidade de vida do paciente odontológico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 3, e12167, mar. 2023.

CASSOL, H. J. S.; CARPES A. C.; PIARDI C. C. Urgências odontológicas associadas à dor de origem pulpar e/ou periapical: uma revisão de literatura. **Revista Faculdade de Odontologia Universidade Federal da Bahia**, Ondina, v. 51, n. 2, p. 69-81, maio 2021.

CASTRO, D. S. M. de et al. Reabilitação do sorriso por meio da utilização de prótese total imediata: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. Supl. n. 47, p. 1-7, abr. 2020.

CÉZAR, T. R. C. et al. Manifestações bucais e conduta clínica de pacientes diabéticos na odontopediatria. **Revista de Odontologia da UNESP**, [s.l.], v. 49, n. 134, 2020.

CHOQUET, C. **Catálogo de postais**. 2020. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2020.

DETONI, J. C. et al. Prevalência de hipertensão e seleção de anestésicos locais em pacientes atendidos por uma clínica odontológica escola. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande Paulista], v. 9, n. 12, p. 1-12, dez. 2020.

DIONIGI, E. de. **Diagnóstico pulpar. Testes elétricos Análise comparativa entre dentes permanentes hígidos e restaurados. Estudo clínico**. 2021. 27 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de ciências da saúde, Gandra, 2021.

DUQUE, C. **Odontopediatria: uma visão contemporânea**. São Paulo: Editora Santos, 2013. 698 p.

ESTRELA, M. C. B. D. **Tecnologia laser em odontopediatria: frenectomia em foco**. 2018. 50 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde Porto, Portugal, 2018.

GUEDES-PINTO, A. C. et al. **Odontopediatria: fundamentos de odontologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 2010. 1055 p.

GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria**. 7. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1988. 263 p.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 2010.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Editora Santos, 2016. 832 p.

IMPARATO, J. C. P. **Anuário odontopediatria: integrada e atual**. 1. ed. Nova Odessa: Napoleão Editora, 2015.

LAMOUNIER, R. N. et al. **Manual prático de diabetes**. 1. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2008.

LEITE, J. J. V.; MONTEIRO, J. B. Prótese parcial removível temporária imediata: relato de caso clínico. **Unifacig**, p.1-22, 2021.

LOPES, H.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. **Endodontia - biologia e técnica**. 5. ed. Barueri: GEN Guanabara Koogan, 2020. 832 p.

MACHADO, G. de O.; RODRIGUES, I. A. L. C. Impactos da anquiloglossia em bebês: a importância da avaliação e do diagnóstico precoce. **Revista Interface – Integrando Fonoaudiologia e Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 1-41, jan./jun. 2021.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. 7. ed. Barueri: GEN Guanabara Koogan, 2021. 400 p.

MARCHI, L. M. de; SÁ, M. P. N. DE; IWAKI FILHO, L. Submersão severa de dentes decíduos: diferentes abordagens de acordo com o momento do diagnóstico. **Odonto**, [São Paulo], v. 20, n. 40, p. 101-108, ago. 2012.

MARSILLAC, M. de W. S. DE. **Controle da dor, medo e ansiedade em odontopediatria**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013. 192 p.

MUNHAES, A. B.; SOUZA, J. A. S. Perda dental precoce em odontopediatria: etiologia, possíveis consequências e opções terapêuticas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 2135–2149, maio 2022.

NEGRI, A. C. M.; SOUZA NETO, W. J. de; FAVRETTO, C. O. Anquiose dentária em molares decíduos: revisão de literatura. **RSM – Revista Saúde Multidisciplinar**, [Mineiros], v. 6, n. 2, p. 1-6, jun. 2019.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004. p. 73-74.

NOGUEIRA, L. V.; INOCÊNCIO, A. P. DA S.; BARBOSA, C. C. N. O tratamento cirúrgico da anquiloglossia em lactentes. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 7-10, jun./dez. 2021.

OLIVEIRA, D. A. M. de; SANCHES, I. P. R.; ANTONIO, R. C. Frenectomia: relato de caso. **Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas**, Santa Fé do Sul, v. 3, n. 5, p. 1-8, dez. 2019.

PINEDA, I. C.; OSORIO, S. DOS R. G.; FRANZIN, L. C. DA S. Cárie Precoce da primeira infância e reabilitação em odontopediatria. **Uningá Review**, v. 19, n. 3, p. 51-55, jul./set. 2014.

PITONI, C. M. et al. Restaurações adesivas indiretas opção clínica para molares decíduos em infra-oclusão. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 39-42, mar. 2006.

POLIMENO, E. L.; CARVALHO, M. R. A adequação do meio bucal na prevenção e redução da doença cárie em odontopediatria. **Revista Interciência**, Catanduva, v. 1, n. 8, p. 1-7, dez. 2021.

RECCHIONI, C. et al. Tratamento cirúrgico de frenectomia lingual: Relato de caso. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande Paulista], v. 10, n. 6, p. 1-7, maio 2021.

REZENDE, M. V. D. et al. Anquilose dentária diagnóstico e tratamento: Revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Betim, v. 17, n. 1, p. 1-13, jan./jul. 2019.

SAAR, D. R. G. et al. A influência das alterações anatômico- funcionais do freio lingual no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. **FACS**, Governador Valadares, v. 21, n. 2, p. 76-84, jul./dez. 2021.

SANT'ANNA, R. M. et al. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 70-80, set. 2020.

SANTOS, T. M. dos et al. Anquilose em molares decíduos – relato de caso clínico. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 503-507, set. 2009.

SILVA, E. L. da et al. Urgência em Endodontia: Diagnóstico e tratamento em casos de Pulpite Irreversível sintomática. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 153-168, 2020.

SILVA, P. D. C. da et. al. Cárie Precoce da Infância, qualidade de vida e tratamento: revisão de literatura. **Uningá Review**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 1-4, out./dez. 2015.

SOUSA, G. L. do C.; LEITE, L. O. S.; YAMASHITA, R. K. Atendimento de pacientes diabéticos na Odontologia. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande Paulista], v. 11, n. 13, p. 1-7, out. 2022.

SZOSTAK, M. **Analgesia prévia no tratamento endodôntico em pacientes com pulpite irreversível**: uma revisão de literatura. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. 47 p.