

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



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

GABRIEL DAMACENO RIBEIRO SANTANA

GABRIEL FERREIRA FONSECA

GABRIEL NOLLI TEIXEIRA FIORINI MARTINS

OTÁVIO HENRIQUE RIBEIRO XISTO

THOMAS RODRIGO MARINHO MARTINS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2023

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

GABRIEL DAMACENO RIBEIRO SANTANA
GABRIEL FERREIRA FONSECA
GABRIEL NOLLI TEIXEIRA FIORINI MARTINS
OTÁVIO HENRIQUE RIBEIRO XISTO
THOMAS RODRIGO MARINHO MARTINS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Orientadora: Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux

LAVRAS-MG

2023

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

S232p Santana, Gabriel Damaceno Ribeiro.
Portfólio acadêmico / Gabriel Damaceno Ribeiro Santana, Gabriel Ferreira
Fonseca, Gabriel Nollli Teixeira Fiorini Martins, Otávio Henrique Ribeiro
Xisto, Thomas Rodrigo Marinho Martins. – Lavras: Unilavras, 2023.

105f.:il.

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

Orientador: Prof.^a Renata de Carvalho Foureaux.

1. Cirurgia. 2. Endodontia. 3. Implantodontia. I. Fonseca, Gabriel Ferreira.
II. Martins, Gabriel Nollli Teixeira Fiorini. III. Xisto, Otávio Henrique Ribeiro
IV. Martins, Thomas Rodrigo Marinho. V. Foureaux, Renata de Carvalho
(Orient.). VI. Título.

GABRIEL DAMACENO RIBEIRO SANTANA
GABRIEL FERREIRA FONSECA
GABRIEL NOLLI TEIXEIRA FIORINI MARTINS
OTÁVIO HENRIQUE RIBEIRO XISTO
THOMAS RODRIGO MARINHO MARTINS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADOS EM: 11 de setembro de 2023.

ORIENTADORA

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

MEMBRA DA BANCA

Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares – Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS

LAVRAS-MG

2023

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nosso profundo agradecimento a todos que estiveram ao nosso lado ao longo desse percurso no curso de Odontologia. Cada pessoa desempenhou um papel crucial em nossa jornada e contribuiu de maneira significativa para o nosso crescimento e sucesso.

Em primeiro lugar, agradecemos a Deus por todas as bênçãos e orientação que recebemos durante todo o curso. Sua presença e proteção foram fundamentais para enfrentarmos os desafios e superarmos as dificuldades.

Aos nossos pais queremos expressar nossa gratidão sincera. Seu apoio incondicional, paciência e incentivo foram essenciais em cada etapa dessa jornada. Vocês foram nossa base e fonte de inspiração, e somos eternamente gratos por todo amor e dedicação que nos proporcionaram.

Aos nossos professores e mentores expressamos nossa profunda gratidão. Suas aulas, orientações e conhecimentos transmitidos foram fundamentais para nossa formação acadêmica e profissional. Valorizamos imensamente o tempo e o esforço dedicados a nos ensinar e guiar, moldando-nos em profissionais capacitados e comprometidos.

Não podemos deixar de agradecer à nossa orientadora, a Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux, pela sua dedicação e orientação ao longo da elaboração deste portfólio. Sua experiência e sabedoria foram imprescindíveis para o nosso desenvolvimento acadêmico e profissional.

Também gostaríamos de agradecer aos nossos colegas de curso, que se tornaram amigos e companheiros de jornada. Juntos, compartilhamos risos, estudos, desafios e conquistas, construindo uma rede de apoio que nos ajudou a enfrentar qualquer obstáculo que surgisse.

Por fim, estendemos nosso sincero agradecimento aos pacientes que confiaram em nós ao longo do curso. Suas presenças em nossas clínicas nos proporcionaram a oportunidade de aplicar o conhecimento adquirido e desenvolver habilidades práticas. Valorizamos imensamente a confiança depositada em nós e estamos gratos pela oportunidade de cuidar de sua saúde bucal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Radiografia panorâmica.	14
Figura 2	Montagem da mesa clínica.	15
Figura 3	Anestesia do nervo alveolar superior posterior.	16
Figura 4	Anestesia do nervo palatino maior.	16
Figura 5	Incisão de Neumann.	17
Figura 6	Momento do descolamento com o descolador de Molt.	17
Figura 7	Alavanca reta.	18
Figura 8	Alavanca 303.	19
Figura 9	Momento que o elemento supranumerário sai do alvéolo.	20
Figura 10	Elementos dentais extraídos.	21
Figura 11	Sutura realizada.	21
Figura 12	Prescrição medicamentosa.	22
Figura 13	Prescrição medicamentosa.	23
Figura 14	Prescrição medicamentosa.	23
Figura 15	Radiografia panorâmica da paciente.	26
Figura 16	Aspecto clínico da região do elemento 48.	27
Figura 17	Dergemação pré-operatória com escova com clorexidina.	28
Figura 18	Paramentação pessoal completa e proteção do equipo.	29
Figura 19	Mesa auxiliar, canetas de alta e baixa rotações protegidas.	29
Figura 20	Mesa cirúrgica montada.	30
Figura 21	Digluconato de clorexidina 0,12% e 2%.	31
Figura 22	Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior.	32
Figura 23	Colocação da seringa e agulha na região correta.	32
Figura 24	Bloqueio do Nervo Bucal.	33
Figura 25	Anestesia infiltrativa.	33
Figura 26	Início da incisão na distal do segundo molar inferior.	34
Figura 27	Demonstração da técnica da incisão.	34
Figura 28	Início da divulsão dos tecidos.	35
Figura 29	Final da divulsão dos tecidos.	35
Figura 30	Osteotomia.	36
Figura 31	Início da osteotomia.	36

UNILAVRAS

Centro Universitário de Lavras

www.unilavras.edu.br

Figura 32	Osteotomia finalizada.....	36
Figura 33	Odontossecção da coroa do 48.....	37
Figura 34	Clivagem da coroa do 48.....	38
Figura 35	Remoção da coroa com auxílio de alavanca.	38
Figura 36	Retirada da coroa com pinça hemostática.....	38
Figura 37	Situação após a remoção da coroa.	39
Figura 38	Luxação do remanescente radicular.....	39
Figura 39	Retirada do remanescente com a pinça hemostática.....	40
Figura 40	Alvéolo após a remoção do elemento.	40
Figura 41	Situação final após a sutura.....	41
Figura 42	Elemento 48 extraído.....	41
Figura 43	Folha Pós-operatório do UNILAVRAS.....	42
Figura 44	Fístula.....	44
Figura 45	Radiografia periapical.....	44
Figura 46	Teste térmico com Endo Ice.....	45
Figura 47	Mesa do equipo.....	46
Figura 48	Mesa auxiliar.....	46
Figura 49	Técnica alveolar inferior.....	47
Figura 50	Técnica infiltrativa.....	47
Figura 51	Abertura coronária.....	48
Figura 52	Forma da abertura coronária.....	48
Figura 53	Exploração dos condutos radiculares.....	49
Figura 54	Pré-alargamento com lima 25.05.....	50
Figura 55	Localizando o CRD com localizador apical.....	50
Figura 56	Desbridamento criando caminho até o forame apical com lima 15.03.....	51
Figura 57	Após formatação final dos condutos radiculares.....	52
Figura 58	Elemento 46 sem fístula.....	53
Figura 59	Mesa do equipo.....	53
Figura 60	Mesa auxiliar.....	53
Figura 61	Desinfecção dos cones de guta-percha.....	54
Figura 62	Radiografia de conicidade.....	54
Figura 63	Radiografia do cone termoplastificado.....	55
Figura 64	Radiografia final.....	56

UNILAVRAS

Centro Universitário de Lavras

www.unilavras.edu.br

Figura 65	Radiografia periapical do elemento 11.	58
Figura 66	Radiografia periapical do remanescente dentário.	59
Figura 67	Sorriso por vista frontal.....	62
Figura 68	Vista frontal dos dentes em oclusão.....	62
Figura 69	Arcada superior em fundo preto.....	62
Figura 70	Vista oclusal da arcada superior.....	63
Figura 71	Tomografia computadorizada Cone Beam - corte coronal do elemento 11.....	63
Figura 72	Tomografia computadorizada Cone Beam - cortes sagitais do elemento 11.	63
Figura 73	Imagem ampliada do corte coronal da tomografia computadorizada Cone Beam do elemento 11.....	64
Figura 74	Remanescente radicular por vista frontal.....	65
Figura 75	Remanescente radicular por vista oclusal.	65
Figura 76	Remanescente radicular extraído.	66
Figura 77	Alvéolo vazio por vista oclusal.	67
Figura 78	Alvéolo vazio por vista frontal.....	67
Figura 79	Provisório do elemento 11.	68
Figura 80	Instalando o implante.	68
Figura 81	Implante instalado.	69
Figura 82	Munhão Pro Peek em posição por vista frontal.	69
Figura 83	Munhão Pro Peek em posição por vista oclusal.....	69
Figura 84	Implante com enxerto ósseo sem componente protético.....	70
Figura 85	Implante com cicatrizador e enxerto ósseo.	70
Figura 86	Provisório sendo instalado no implante.	71
Figura 87	Provisório instalado em posição.....	72
Figura 88	Provisório ajustado em boca e em infraoclusão.....	72
Figura 89	Atestado.....	73
Figura 90	Receituário.	73
Figura 91	Tomografia computadorizada do implante.	74
Figura 92	Sorriso novo da paciente.	74
Figura 93	Dentes em oclusão com provisório instalado.....	74
Figura 94	Fotografia da ficha de urgência preenchida.	77
Figura 95	Fotografia da ficha de urgência preenchida.	77
Figura 96	Radiografia periapical.	79

UNILAVRAS

Centro Universitário de Lavras

www.unilavras.edu.br

Figura 97 Solicitação de radiografia panorâmica/ortopantomografia.	80
Figura 98 Prescrição de antibioticoterapia.	81
Figura 99 Radiografia panorâmica (pré-cirúrgico).....	82
Figura 100 Imagem do paciente.	84
Figura 101 Evidenciação de abaulamento de cortical vestibular superior direita.	84
Figura 102 Mesa cirúrgica montada.	85
Figura 103 Anestesia do paciente (Continua).....	86
Figura 104 Incisão intrassulcular.....	88
Figura 105 Descolamento dos tecidos.	88
Figura 106 Luxação e remoção dos dentes 51 e 52 com fórceps.	89
Figura 107 Remoção do septo ósseo para acesso à lesão.	90
Figura 108 Curetagem e apreensão da lesão.	90
Figura 109 Remoção da lesão.....	91
Figura 110 Evidenciação da lesão antes do acondicionamento em formol a 10%.....	91
Figura 111 Sutura da área incisada.....	92
Figura 112 Prescrição pós-operatória.	93
Figura 113 Radiografia periapical - 7 dias de pós-operatório.	94
Figura 114 Radiografia panorâmica com 1 mês de pós-cirúrgico.....	94
Figura 115 Radiografia periapical com 4 meses de pós-operatório.	95
Figura 116 Resultado/laudo do exame histopatológico.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Medidas referenciais para o tratamento endodôntico.....	51
Quadro 2	Opções de tratamentos.....	58
Quadro 3	Razões sobre a impossibilidade de tratamento.....	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	13
2.1	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Damaceno Ribeiro Santana	13
2.1.1	Desenvolvimento da atividade.....	13
2.1.2	Descrição do ato cirúrgico.....	15
2.1.3	Medicação pós-operatória.....	22
2.1.4	Pós-operatório da paciente.....	23
2.2	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Ferreira Fonseca	24
2.2.1	Desenvolvimento da atividade	25
2.2.2	Descrição do ato cirúrgico.....	27
2.3	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Nollli Teixeira Fiorini Martins	42
2.3.1	Desenvolvimento da atividade.....	44
2.4	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Otávio Henrique Ribeiro Xisto	56
2.4.1	Desenvolvimento da atividade.....	57
2.5	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Thomas Rodrigo Marinho Martins	75
2.5.1	Desenvolvimento da atividade.....	76
3	AUTOAVALIAÇÃO.....	96
3.1	Autoavaliação do aluno Gabriel Damaceno Ribeiro Santana	96
3.2	Autoavaliação do aluno Gabriel Ferreira Fonseca	96
3.3	Autoavaliação do aluno Gabriel Nollli Teixeira Fiorini Martins.....	97
3.4	Autoavaliação do aluno Otávio Henrique Ribeiro Xisto	98
3.5	Autoavaliação do aluno Thomas Rodrigo Marinho Martins.....	99
4	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	102

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio acadêmico foi escrito pelos integrantes do grupo como parte das atividades curriculares obrigatórias da graduação em Odontologia do Centro Universitário de Lavras – Unilavras. Assim, segue-se abaixo um breve resumo do trabalho de cada um dos integrantes do grupo, os quais vão ser melhor detalhados adiante nesse portfólio.

O aluno Gabriel Damaceno Ribeiro Santana fez neste portfólio a respeito do caso de uma exodontia de um terceiro molar superior esquerdo e um elemento dental supranumerário incluso, posterior ao terceiro molar, sob a supervisão do Professor Dr. José Luiz Rigato. Tal procedimento citado anteriormente foi efetivado no primeiro semestre do ano de 2023, o qual foi executado com êxito.

O aluno Gabriel Ferreira Fonseca apresentou o desenvolvimento de um caso clínico realizado na disciplina de Atividades Vocacionais de Cirurgia, com a supervisão do Professor Dr. Nelson Pereira Marques, no primeiro semestre de 2023. Nessa vivência, o aluno teve a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos práticos e teóricos que foram adquiridos ao longo desse semestre, e assim conseguiu realizar todo o caso com sucesso e excelência, proporcionando um atendimento de qualidade e cuidado ao paciente.

O aluno Gabriel Nolli Teixeira Fiorini Martins realizou um caso clínico na atividade específica de endodontia, acompanhado pelo Professor Dr. Luís Otávio, durante o primeiro semestre de 2023. Caso em que o paciente apareceu com um determinado sintoma que necessitou de alguns estudos mais aprofundados para fechar o diagnóstico.

O aluno Otávio Xisto presenciou o caso de implante imediato em área estética, realizado pelos Professores Dr. Luiz Fernando e Dr. Lâner Botrel, devido a uma fratura coronorradicular no elemento 11, em que foram discutidas diversas possibilidades com outros professores para se chegar ao melhor prognóstico para o caso. As áreas de periodontia, endodontia, cirurgia, ortodontia, prótese e implantodontia representam a multidisciplinaridade e integralidade da Odontologia nesse único caso, mostrando a importância de um ótimo conhecimento generalizado.

O aluno Thomas Rodrigo Marinho Martins discorreu neste portfólio sobre o caso clínico de um paciente infantil, percorrendo do diagnóstico à enucleação cirúrgica de um cisto folicular inflamatório. O caso clínico, citado anteriormente, foi realizado no segundo semestre do ano de 2022, envolvendo a Clínica Infantil III e a Clínica de Cirurgia, sob a supervisão da Professora

Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino (odontopediatra), do Professor Dr. José Norberto de Oliveira Junior (ortodontista) e do Professor Dr. Nelson Pereira Marques (cirurgião bucomaxilofacial), sendo que o paciente ainda está sendo acompanhado até o presente momento pelo aluno através de atendimento e realização de radiografias periódicas.

Dessa forma, encerramos aqui essa breve introdução para darmos início aos casos já relatados acima, de forma sucinta, aos quais vão ser percorridos com maior riqueza de detalhes e em sua integralidade. Assim, convidamos a todos que chegaram até aqui para que prossigam sua leitura e se enriqueçam ainda mais com o conhecimento exposto nos casos clínicos apresentados nesse portfólio de forma clara e compreensível.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Damaceno Ribeiro Santana

Meu nome é Gabriel Damaceno Ribeiro Santana e tenho 23 anos. A Odontologia surgiu na minha vida através da minha mãe, que tinha o sonho de ter um filho dentista. Minha iniciação na Odontologia foi um tanto diferente, tudo começou em 2018, eu estava no exército, trabalhava na loja do meu pai de carteira assinada e fazia faculdade de administração no período da noite. Essa situação não era do agrado de minha mãe, nem do meu agrado, principalmente pelo fato de que ela não queria que eu seguisse carreira militar, devido aos riscos que essa profissão está sujeita a enfrentar, além de observar que eu não estava bem psicologicamente com a vida que eu estava levando. Com isso, a minha mãe me perguntou se eu queria fazer o curso de Odontologia, e eu falei que sim, e então ela falou com o irmão dela para ele me buscar, e ele foi me buscar em Lavras para estudar em Goiás, na cidade de São Luiz de Montes Belos, na faculdade UNIMB. Somente fiquei sabendo que ia morar e estudar em Goiás quando meu tio chegou para me buscar em Lavras, tendo sido uma situação bastante difícil para mim pois sairia da casa do meu pai e enfrentaria o desconhecido, saindo da minha zona de conforto.

Visto isso, eu fui para Goiás estudar e, durante esse primeiro período estudando nessa faculdade, apaixonei-me pelo curso e encontrei-me profissionalmente.

Devido à minha mãe morar fora do Brasil e eu ter apenas meu pai presente, o fato de ele não estar em Goiás, nem a minha mãe, fez com que eu optasse por fazer apenas o primeiro período lá em Goiás e depois pedi transferência para o UNILAVRAS, já que Lavras é a cidade que eu morava juntamente com meu pai, e dessa forma comecei a estudar no UNILAVRAS.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, 21 anos compareceu à Clínica do UNILAVRAS, queixando-se de incômodo e dor nos terceiros molares inferiores. Foi solicitada uma radiografia panorâmica de boca semiaberta (Figura 1) à paciente para poder ser realizada a análise e exodontia. No entanto, foi constatado um dente supranumerário posterior ao elemento 28. Pelo fato de a paciente possuir um elemento supranumerário, foi escolhido como tratamento a

exodontia, uma vez que “dentes supranumerários podem ser fonte de doenças futuras” (POGREL; KAHNBERG; ANDERSON, 2016).

Figura 1 - Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A radiografia panorâmica é uma ferramenta fundamental cuja função é de complementar a análise clínica do paciente, para que dessa forma seja possível concluir o diagnóstico final e estabelecer os protocolos de atendimento. É um exame que proporciona a visualização de estruturas ósseas faciais, regiões articulares, além de visualizar os elementos dentais, sejam eles erupcionados, inclusos ou impactados (BRAGA et al., 2022).

No dia da cirurgia, 04/04/2023, assim que a paciente chegou ao Centro Cirúrgico do UNILAVRAS, foi aferida a pressão arterial da paciente, que constou 120 por 60 mmHg. Enquanto a paciente aguardava, foi realizada toda a biossegurança para poder ser realizada a montagem da mesa cirúrgica (Figura 2).

Figura 2 - Montagem da mesa clínica.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Para a exodontia dos elementos 28 e do supranumerário, foi utilizado um *kit* clínico (sonda milimetrada, espelho bucal, cabo para espelho e pinça clínica), pinça Backhaus, pinça Collin, cabo para bisturi, carpule, afastador de Minessota, abaixador de língua Bruenings, cuba para soro, descolador de Molt nº 9, descolador de Molt nº 24, espátula nº 7, fórceps 18L, jogo de alavancas, cureta periapical, porta-agulha Mayo Hegar, pinça Dietrich, tesoura Goldman Fox e mangueira. Os materiais utilizados foram: sugador descartável, seringa de irrigação, lâmina de bisturi nº 15, fio de sutura, capote cirúrgico, clorexidina 0,12% e 2%, anestésico articaína 4%.

A paciente foi levada ao equipo para iniciar a cirurgia, tendo a paciente executado o bochecho com clorexidina 0,12%, realizada a antisepsia com a clorexidina 2% e colocado o campo fenestrado na paciente.

2.1.2 Descrição do ato cirúrgico

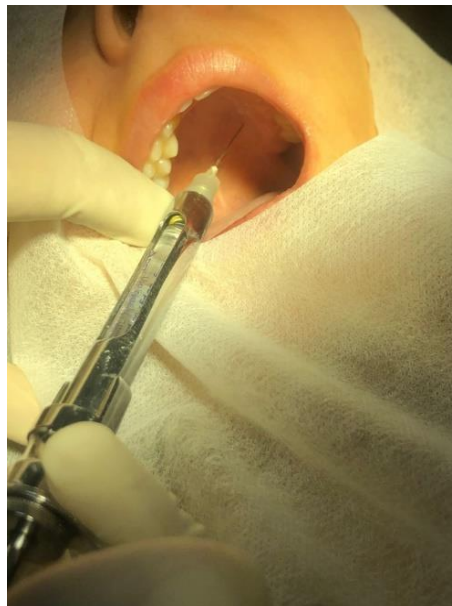
A cirurgia se iniciou, foi realizada a anestesia utilizando articaína 4% com epinefrina 1:100.000. A epinefrina é um neurotransmissor responsável pela hemostasia e por aumentar o tempo de trabalho da anestesia. Foi anestesiado o nervo alveolar superior posterior (Figura 3) e o nervo palatino maior (Figura 4), juntamente com anestésias ao redor do dente para que a cirurgia ocorra com a mínima possibilidade de intercorrências. Foi selecionada a articaína devido à sua excelente capacidade infiltrativa, tanto óssea quanto tecidual, além de ser o anestésico local com ação inicial rápida em torno de 2 minutos (ANDRADE et al., 2013).

Figura 3 - Anestesia do nervo alveolar superior posterior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 4 - Anestesia do nervo palatino maior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

No momento da incisão, foi executada a incisão de Neumann, que consiste em um envelope mais uma relaxante (Figura 5). Foi escolhida essa incisão para poder ter mais acesso ao dente, uma vez que o elemento dental estava posicionado muito posterior na maxila e necessitava de uma visibilidade elevada, além de facilitar na retirada do elemento dental do interior do alvéolo (PURICELLI et al., 2014).

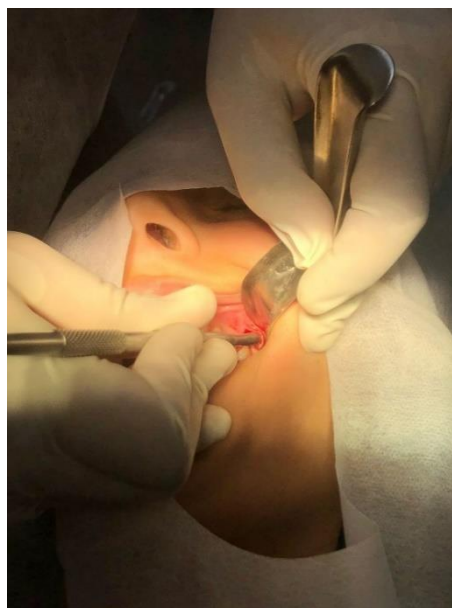
Figura 5 - Incisão de Neumann.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após finalizada a separação gengival pela ação da lâmina do bisturi, foi imprescindível o descolamento dos tecidos de um espaço anatômico. Para tal propósito, foi utilizado o descolador de Molt nº 9 (Figura 6). Ele possui a função de elevar inicialmente o tecido mole, geralmente região de papila ou gengiva inserida (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021).

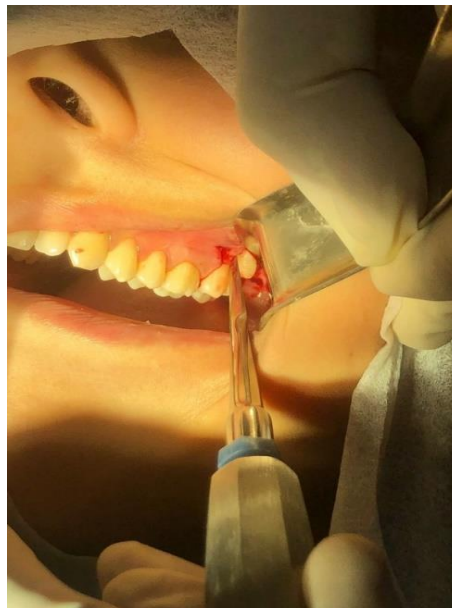
Figura 6 - Momento do descolamento com o descolador de Molt.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com o uso da alavanca reta, comumente usada para luxar dentes, inseri a parte ativa da alavanca entre o tecido ósseo alveolar e o dente a ser removido (Figura 7), e com o ato de exercer um ponto de apoio no dente com a alavanca e rodar a alavanca em seu próprio eixo exercendo uma pressão no elemento dental, foi executada a ação de luxar o dente em questão (dente 28). E, com a alavanca 303, terminei o processo de luxar o elemento dental, e conseqüentemente o elemento dental foi extraído de dentro do alvéolo (Figura 8) (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021).

Figura 7 - Alavanca reta.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 8 - Alavanca 303.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a retirada do elemento dental 28, começou a segunda etapa da cirurgia: a remoção do dente supranumerário. No mesmo alvéolo que foi retirado o elemento 28, iniciou a luxação do elemento dental supranumerário com o uso da alavanca bandeirinha, realizando os movimentos de luxação, com total prudência, uma vez que esse dente em questão se encontra muito próximo do assoalho do seio maxilar, e dessa forma é possível evitar uma comunicação buco sinusal, que é denominada como uma comunicação entre o seio maxilar e a cavidade bucal diretamente pelo alvéolo dentário após a exodontia, além de minimizar intercorrências durante e após a cirurgia. Conseqüentemente, o dente foi extraído do alvéolo em que ele se encontrava (Figura 9) (ROSA; LIMA, 2022).

Figura 9 - Momento que o elemento supranumerário sai do alvéolo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a retirada dos elementos dentais 28 e supranumerário (Figura 10), foi realizada a manobra de Valsalva, para certificar que não ocorreu a comunicação buco-sinusal. Essa manobra consiste em um preenchimento da cavidade bucal com soro fisiológico, logo após realiza-se uma obstrução das narinas do paciente e em seguida solicita-se ao paciente que ele tente respirar pelo nariz. Após verificar que não houve intercorrências, foi necessário realizar as suturas para finalizar a cirurgia. No entanto, antes de realizar a sutura, foi efetuada a curetagem das paredes alveolares para formar um coágulo para auxiliar na cicatrização e formação de osso no interior do alvéolo (BRAMBILLA; FABRIS, 2022).

Para a sutura foi realizado um ponto em X, sutura essa que permite que o alvéolo feche por segunda intenção, ou seja, do interior para o exterior. O fio de sutura que foi utilizado foi o fio de seda, para que o pós-operatório da paciente seja mais confortável, já que esse fio não causa um incômodo exacerbado (Figura 11) (AGUIAR; OLIVEIRA, 2022).

Figura 10 - Elementos dentais extraídos.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Dentes extraídos 28 (direita) e dente supranumerário 29 (esquerda).

Figura 11 - Sutura realizada.

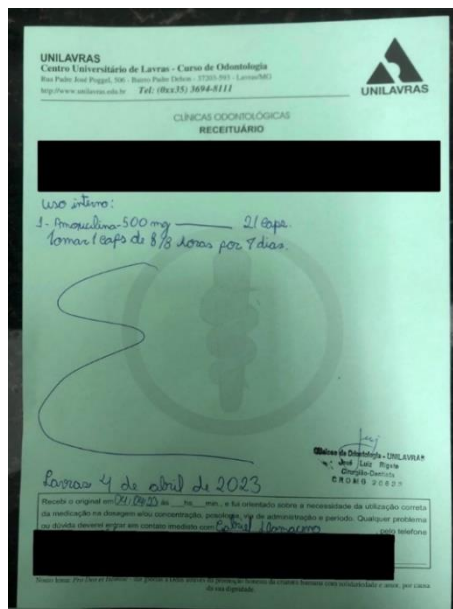


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

2.1.3 Medicação pós-operatória

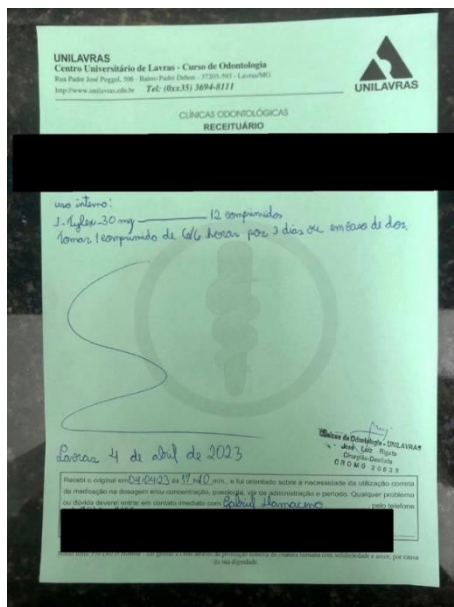
Após a cirurgia da paciente, foram indicados amoxicilina 500 mg (Figura 12), para evitar uma infecção pós-operatória e prevenir complicações pós-operatórias; dexametasona 4 mg (Figura 14), um corticosteroide usado para prevenir edemas pós-operatório, consequentemente minimizando o desconforto pós-operatório; Tylex 30 mg (fosfato de codeína 30 mg + paracetamol 500 mg) (Figura 13), que é um analgésico usado para precaver dores intensas, uma vez que a codeína atua como uma morfina; digluconato de clorexidina 0,12% (Figura 14), a fim de reduzir a proliferação bacteriana, já que a higiene oral adequada é prejudicada no local da cirurgia devido ao desconforto, no entanto a higienização é imprescindível, e por isso a prescrição da clorexidina (ANDRADE et al., 2013).

Figura 12 - Prescrição medicamentosa.



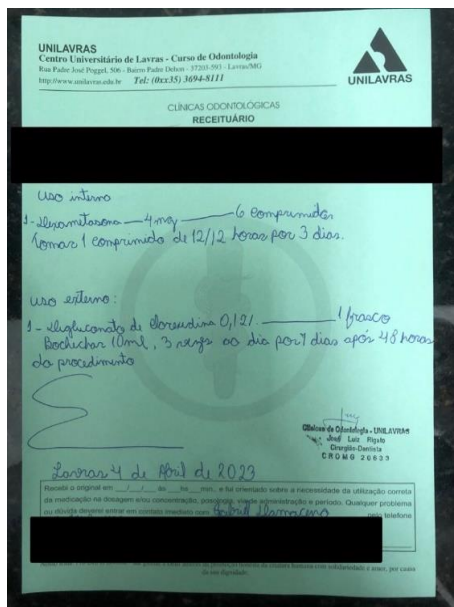
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 13 - Prescrição medicamentosa.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 14 - Prescrição medicamentosa.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

2.1.4 Pós-operatório da paciente

A paciente chegou até o Centro Cirúrgico do UNILAVRAS sete dias após a cirurgia para a remoção da sutura realizada. Deu o depoimento de que seu pós-operatório ocorreu sem maiores intercorrências, queixando-se apenas de edema e dor durante os três primeiros dias.

Logo após a retirada dos elementos dentais em questão, e a retirada dos pontos, o tratamento da paciente terminou, e foi dada alta para a paciente.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Ferreira Fonseca

Meu nome é Gabriel Ferreira Fonseca, natural de Belo Horizonte, porém meus pais decidiram se mudar para Lavras em busca de uma segurança e qualidade de vida melhor. Mudamos quando eu tinha apenas quatro anos de idade e, portanto, passei o maior tempo da minha vida nessa cidade. Na minha juventude, sempre tive uma afinidade maior na escola na parte de humanas, principalmente pela matéria de biologia. Porém, nunca tinha pensado em seguir a área da saúde, apenas admirava essa área e conversava com a minha mãe bastante a respeito por ela ser médica pediatra. No final do terceiro ano do Ensino Médio, ainda não tinha ideia de qual curso fazer e acabei me matriculando no curso de administração, no UNILAVRAS, por gostar de empreender. O tempo foi passando e a cada dia que se passava parecia que eu tinha a certeza de que não queria “mexer” com ciências exatas, mesmo assim eu acabei completando um semestre nesse curso e acabei saindo.

Após eu ter trancado a faculdade, eu conversei com a minha mãe sobre seguir na área da saúde e ela sempre me apoiou nessa decisão. A princípio eu queria fazer medicina, então ela me matriculou em um cursinho preparatório em Belo Horizonte. Fui morar lá e passei quase dois anos morando sozinho. No final de 2019 eu já estava frustrado com os resultados dos vestibulares de medicina que eu havia prestado, já estava exausto da minha rotina e não queria fazer mais um ano de cursinho. Nessa época, eu comecei a pensar no meu plano B e qual curso eu poderia fazer sem ser medicina. Conversando com alguns amigos que já cursavam Odontologia, comecei a me interessar por esse curso, pois percebi que no primeiro semestre curricular as matérias básicas eram praticamente as mesmas que as do curso de medicina. Com isso, eu tomei a decisão de dar uma chance para a Odontologia.

Como eu já havia realizado outro curso de graduação no UNILAVRAS, já sabia que era uma boa opção e que o curso de Odontologia era muito bem avaliado, e assim me matriculei nesse curso, mesmo não tendo nenhum dentista na família. O tempo foi passando e comecei a gostar muito do curso e dessa área de atuação.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade. Chegou à Clínica Odontológica do UNILAVRAS, na Clínica Integrada, com os alunos dos 6º e 7º períodos, com a queixa principal de que gostaria de remover os dentes sisos (terceiros molares), pois seu ortodontista havia indicado esse tratamento. Após a coleta dos dados da paciente, foi realizada a anamnese, não tendo sido relatado nenhum problema de saúde, e no exame físico também não foi encontrado nenhuma alteração da normalidade. A aluna que a atendeu mediu a sua pressão arterial nesse dia, e a pressão arterial sistólica foi de 110 mmHg e a diastólica de 80 mmHg, estando dentro dos padrões de normalidade. No final do atendimento, a aluna fez uma solicitação para a paciente realizar um exame radiográfico, a panorâmica, para conseguir diagnosticar e visualizar a necessidade real da paciente.

De acordo com Watanabe e Arita (2019), a radiografia panorâmica é um exame radiográfico extraoral que tem como as principais vantagens: baixa dose de exposição à radiação, ampla visualização dos ossos faciais e dentes, não causa desconforto nos pacientes, entre outras vantagens que são citadas no livro. Nos casos de terceiros molares, normalmente indicamos esse exame pela possibilidade da visualização dos elementos e das estruturas anatômicas com eles relacionados ou não.

A aluna do 7º período recebeu a panorâmica (Figura 15) e conversou com o professor responsável pela disciplina de Cirurgia, Dr. Nelson Marques, que orientou que a aluna encaminhasse essa paciente para os alunos do 9º período que estavam na Vocacional de Cirurgia. A aluna responsável pela paciente entrou em contato comigo para passar o caso para mim e eu solicitei todos os exames realizados para compreender o caso e conseguir agendar o procedimento.

Figura 15 - Radiografia panorâmica da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após análise dos exames com o Professor Dr. Nelson Marques, chegamos à conclusão de que havia, sim, a necessidade da extração dos elementos 18, 28, 38 e 48, em que o 18 e 28 estavam inclusos na direção vertical e o 38 e 48 estavam semi-inclusos e mesioangulados, de acordo com a classificação de terceiros molares no livro de Hupp, Ellis e Tucker (2021). Logo eu entrei em contato com a paciente para marcamos um dia para eu realizar a avaliação, e em seguida marcamos o dia do procedimento.

No dia da avaliação eu fiz a anamnese e o histórico médico dela, chequei clinicamente a cavidade bucal (Figura 16) e realizei o exame físico buscando alguma alteração. Nesse momento, é importante avaliar a abertura bucal da paciente, o tamanho da língua, o posicionamento dos dentes na arcada e principalmente conversar com ela sobre o procedimento, explicar como seria, tentar tranquilizar e passar confiança, pois no dia da cirurgia esses podem ser algum dos fatores que podem aumentar a dificuldade do procedimento, como é citado por Hupp, Ellis e Tucker (2021).

Figura 16 - Aspecto clínico da região do elemento 48.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Nesse mesmo dia, foi prescrita para ela uma receita contendo Amoxicilina 500 mg, Dexametasona 4 mg, Tylex 30 mg e Digluconato de Clorexidina 0,12%. A paciente foi orientada para adquirir esses medicamentos antes do dia do procedimento, e também foi explicado que ela deveria tomar dois comprimidos de amoxicilina e dois de dexametasona, 1 hora antes do procedimento, como medicação pré-operatória, seguindo o protocolo de profilaxia antibiótica descrito no livro “Terapêutica Medicamentosa em Odontologia”, do Eduardo Dias de Andrade, (2014), que fala do protocolo correto e da relação risco/benefício de se utilizar a profilaxia antes dos procedimentos cirúrgicos de terceiros molares.

2.2.2 Descrição do ato cirúrgico

Paciente chegou no centro cirúrgico, quando a minha auxiliar Letícia Assunção já se prontificou em aferir a pressão arterial para avaliar se ela estava apta a realizar o procedimento naquele dia. A pressão aferida foi de 110 mmhg e 80 mmhg, estando dentro dos parâmetros para realizar a cirurgia. Após ela realizar a aferição, eu já dei início à dergemação (Figura 17) e paramentação, segundo a técnica prescrita em Hupp, Ellis e Tucker (2021).

Figura 17 - Dergemação pré-operatória com escova com clorexidina.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Antes de começar a escovação, foram colocados os EPIs não estéreis, como os óculos de proteção, gorro e máscara de procedimento. Foi utilizada nesse processo uma escova estéril embebida em clorexidina, pois a clorexidina é uma dos antissépticos mais utilizados na Odontologia para realizar essa etapa, ela é mais eficaz contra as bactérias gram-positivas do que contra as gram-negativas, tornando úteis para serem utilizadas na preparação de procedimentos cirúrgicos. Em seguida, é vestido um capote estéril que faz parte do EPI para que não ocorra nenhum tipo de contaminação, e logo após é o momento de calçar as luvas estéreis com muita cautela e seguindo a técnica prescrita por Hupp, Ellis e Tucker (2021).

Finalizado o processo de escovação e paramentação, dirigi-me ao meu box e comecei a preparar o equipo para receber a paciente, colocando os campos estéreis sobre as mesas, refletor, e nas mangueiras da alta rotação (Figuras 18 e 19). Com todo o equipo protegido, dei início à montagem da mesa, seguindo a sequência: diérese, que é a etapa de incisão e divulsão; hemostasia, que é a etapa de controle do sangramento; exérese, que é a retirada do objeto cirúrgico; e a síntese, que é a fase da sutura (Figura 20).

Figura 18 - Paramentação pessoal completa e proteção do equipo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 19 - Mesa auxiliar, canetas de alta e baixa rotações protegidas.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 20 - Mesa cirúrgica montada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Na mesa, os instrumentais selecionados foram os seguintes: um espelho bucal para ajudar na visualização; uma sonda exploradora utilizada para fazer o teste se a anestesia já fez efeito; um afastador de Minessota para retração de bochechas e tecidos; um abaixador de língua Bruenings; uma pinça clínica; uma seringa carpule para injeção da solução anestésica; um cabo de bisturi já montado com uma lâmina 15 para realizar a incisão; um descolador de Molt 09 e um 04 para divulsão; um descolador de Freer; uma espátula 7; um periótomo para romper as fibras do ligamento periodontal; gazes estéreis; um abridor de boca para apoiar a mandíbula e evitar o estresse na articulação temporomandibular (ATM) (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021); uma cuba inox para colocar soro fisiológico; uma pinça hemostática curva para pinçar tecidos e fragmentos do elemento dental; uma pinça Allis usada para apreender tecidos; uma pinça Backhaus para prender a mangueira no campo fenestrado do paciente; um sugador descartável; a mangueira de borracha que serve como extensão da bomba a vácuo; 04 tubetes de artícaína 4%; e uma seringa descartável de 20 ml para irrigação. O instrumentais para avulsão e luxação que são necessários: Fórceps nº 18R e nº 17, Alavancas Apexo nº 302 e nº 303, Alavanca Apical nº 301 e Alavancas Seldin nº 1L, nº 1R e nº 2. As brocas para osteotomia e odontosecção foram as nº 701, 702, 703 e a PM 6. Encontramos na mesa também uma cureta de Lucas 85, lima para osso, porta-agulha, pinça Diethrich, pinça Mosquito, um fio de seda 3-0 e duas tesouras.

Finalizada a montagem da mesa clínica e feita a preparação do equipo, a auxiliar chamou a paciente e se dirigiu até a cadeira odontológica para iniciar o procedimento. Iniciamos solicitando à paciente para realizar um bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% (Figura 21), para realizar a assepsia intraoral, com o intuito de diminuir a carga bacteriana presente no

interior da cavidade oral (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021), diminuindo assim a contaminação na boca do paciente. Em seguida, foi realizada a assepsia extraoral com a clorexidina a 2% (Figura 21), com o mesmo objetivo da assepsia intraoral, utilizando uma gaze dobrada e uma pinça Foerster, iniciando-se nos lábios, e por meio de movimentos circulares contínuos é feita a delimitação do campo operatório, que inclui a região do mento, bochechas e lábios.

Figura 21 - Digluconato de clorexidina 0,12% e 2%.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Logo em seguida, iniciamos o procedimento com a anestesia dos locais onde a cirurgia foi realizada. O anestésico de escolha foi a artícaína 4% 1:100.000, pois segundo Andrade (2014) a artícaína possui um início rápido de ação, entre 1 e 2 minutos, tem uma potência 1,5 vezes maior que a lidocaína, sua toxicidade é parecida com a da lidocaína e consegue se difundir melhor nos tecidos. A primeira técnica anestésica que realizamos foi a Pterigomandibular, bloqueando o nervo alveolar inferior (Figuras 22 e 23), de acordo com Malamed (2021).

Figura 22 - Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior.



Fonte: Malamed (2021).

Figura 23 - Colocação da seringa e agulha na região correta.



Fonte: Malamed (2021).

Na sequência, a próxima anestesia foi o bloqueio do Nervo Bucal (Figura 24), que tem o objetivo de anestésiar os tecidos moles e perióstio dos dentes molares mandibulares. Por fim, completamos a anestesia com algumas infiltrativas, na região onde fizemos a incisão, para controle da dor e do sangramento no local (Figura 25).

Figura 24 - Bloqueio do Nervo Bucal.



Fonte: Arquivo Pessoal do autor (2023).

Figura 25 - Anestesia infiltrativa.

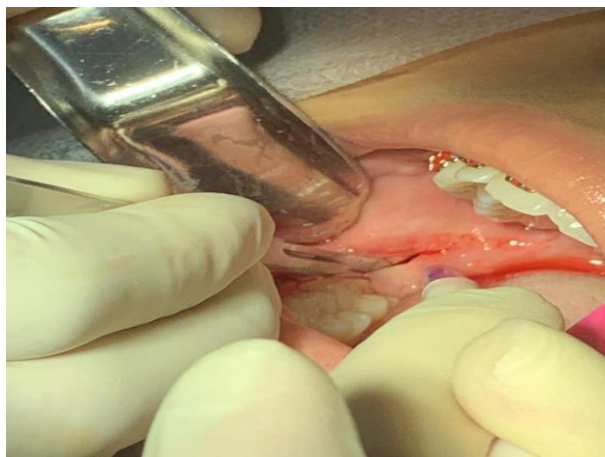


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Terminando as técnicas anestésicas, passamos para a incisão do tecido mole que estava recobrendo o elemento, posteriormente à divulsão desse tecido para conseguir visualizar o elemento 48. A incisão (Figuras 26 e 27) realizada foi a em envelope com relaxante na mesial do segundo molar inferior, pois permite maior visualização da área operada e controle do sangramento. Utilizamos uma lâmina de bisturi número 15 e um cabo de bisturi. Deve-se iniciar na distal do segundo molar inferior inserindo a lâmina até tocar no osso através de toda incisão para conseguir incisar toda mucosa e perióstio, o que possibilita um retalho completo e facilita na hora da divulsão. A divulsão é feita com um descolador de Molt nº 09, inserindo a ponta ativa do instrumental até tocar o osso e depois raspar o osso com o intuito de soltar o perióstio e a mucosa da região deixando apenas o osso exposto (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021) (Figura

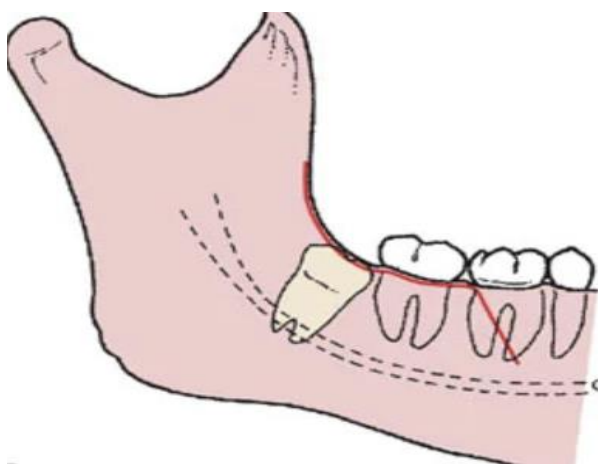
28). Após soltar todo tecido dessa região, encontramos o osso mandibular da paciente e o elemento que foi removido (Figura 29).

Figura 26 - Início da incisão na distal do segundo molar inferior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 27 - Demonstração da técnica da incisão.



Fonte: Hupp, Ellis e Tucker (2021).

Figura 28 - Início da divulsão dos tecidos.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 29 - Final da divulsão dos tecidos.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a divulsão dos tecidos moles, damos início à osteotomia (Figura 30), que é a remoção do tecido ósseo que estava ao redor do elemento, com o intuito de melhorar a visualização, criar mais espaço para a luxação, avulsão e odontosseção do elemento (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021). Utilizamos a caneta de alta rotação, broca 702 e irrigação com soro fisiológico com uma seringa de 20 ml. Inicia por vestibular e vai no sentido da distal do elemento removendo o tecido ósseo. Tomamos mais cuidado na parte distal, pois no final dela na lingual o Nervo Lingual passava bem próximo dessa região, e por esse motivo colocamos um descolador de Molt nº 09 nessa região para afastar o tecido e preservar essa estrutura (Figuras 31 e 32).

Figura 30 - Osteotomia.



Mesioangulado

Fonte: Kademani e Tiwana (2019).

Figura 31 - Início da osteotomia.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 32 - Osteotomia finalizada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Finalizada a osteotomia, o próximo passo foi iniciar a odontosseção, que tem como principal função a remoção da parte da coroa que está impactada. Nesse caso, como o elemento 48 estava mesioangulado, a coroa dele estava apoiada na distal no elemento 47, o que impedia a sua retirada. A respeito disso, a literatura preconiza a remoção da parte distal da coroa do dente impactado, e em seguida a coroa com a parte mesial e as raízes juntas com o auxílio da alavanca nº 301 (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021). Porém, no planejamento, o Professor Dr. Nelson Marques indicou a remoção total da coroa para facilitar na hora de remover o remanescente. Com a broca nº 702 e com a peça reta, demos início nessa parte do procedimento, colocando a broca no sulco vestibular criado pela osteotomia logo abaixo da cervical, na região distal. Iniciamos na distal e vamos descendo a broca até a mesial (Figura 33), com a intenção de criar um espaço entre a coroa e as raízes para que depois fosse possível a clivagem. Esse procedimento foi realizado com irrigação com soro fisiológico, e vale ressaltar que entramos com a broca até 2/3 do diâmetro do dente, dessa maneira protegemos o Nervo Lingual. A clivagem deve ser feita com uma alavanca Apical nº 301 para conseguir separar a coroa totalmente das raízes (Figura 34). Após a separação da coroa das raízes, a coroa foi removida com uma alavanca Apexo nº 303 (Figura 35) e com o auxílio de uma pinça hemostática (Figura 36).

Figura 33 - Odontossecção da coroa do 48.



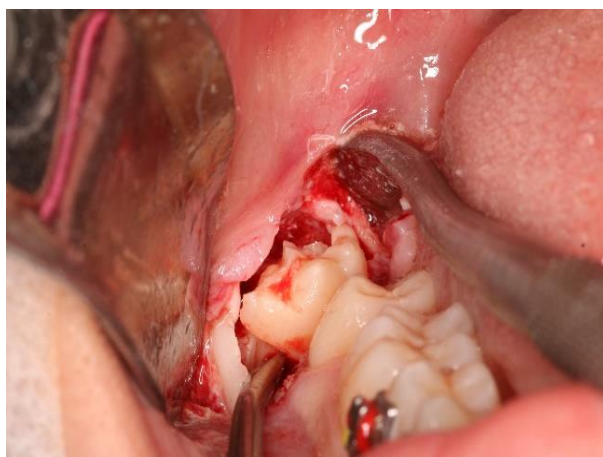
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 34 - Clivagem da coroa do 48.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 35 - Remoção da coroa com auxílio de alavanca.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

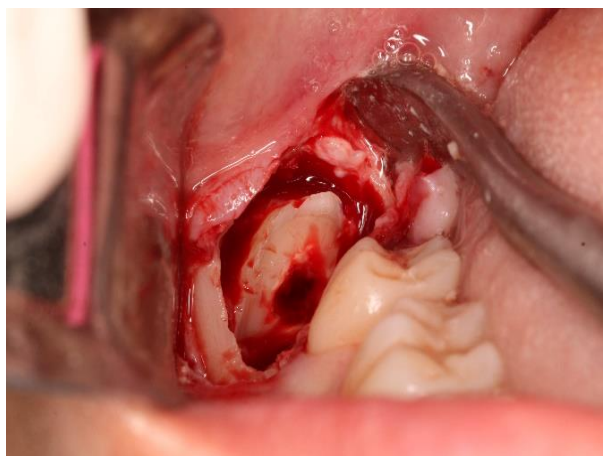
Figura 36 - Retirada da coroa com pinça hemostática.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Ao final da odontosseção, encontramos apenas as raízes dentro do alvéolo (Figura 37). O próximo passo foi darmos início na retirada do remanescente com o processo de luxação e avulsão. O processo de luxação consiste no ato de romper as fibras periodontais presentes na interface dente/alvéolo. A remoção do remanescente radicular foi realizada com o auxílio de alavanca Seldin nº 1L, que conseguiu promover a luxação, ou seja, rompeu os feixes de fibras periodontais que seguram a raiz no alvéolo (Figura 38). Após a luxação, a remoção da raiz foi realizada com o auxílio da pinça hemostática (Figura 39), o procedimento prosseguiu com a irrigação do alvéolo utilizando soro fisiológico com o intuito de lavar bem para conseguirmos visualizar se ficou algum fragmento da raiz ou da coroa (Figura 40).

Figura 37 - Situação após a remoção da coroa.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 38 - Luxação do remanescente radicular.



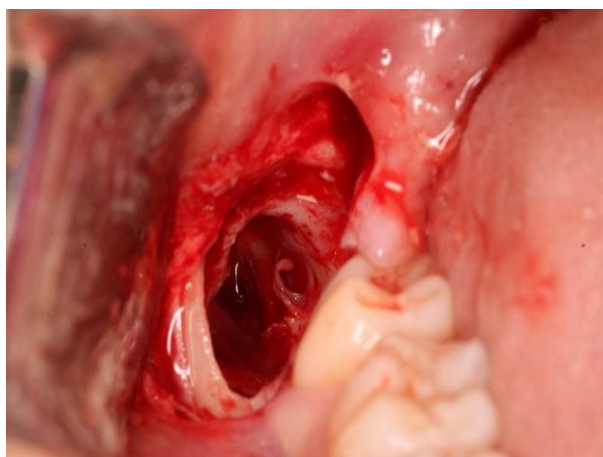
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 39 - Retirada do remanescente com a pinça hemostática.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 40 - Alvéolo após a remoção do elemento.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A partir desse momento, a maior parte do procedimento já foi realizado e agora demos início ao processo de reposicionar o retalho e posteriormente o processo de suturar. Antes de iniciar o processo de sutura, foi reposicionado o retalho para verificar se o tecido do retalho iria ser capaz de fechar completamente. Verificamos que era possível e demos início na sutura, a qual foi realizada com o fio de Seda 3-0 por conta de promover um maior conforto ao paciente, diferente do *nylon*. Foi realizada uma sequência de quatro pontos simples com o auxílio de um porta-agulha Mayo Hegar, uma pinça Diethrich e o afastador de Minnessota. Iniciamos a sutura pela relaxante e posteriormente fechamos o final do retalho para que a posição do retalho permaneça igual a inicial (Figura 41). Para finalizar, o elemento 48 foi limpo e analisado para averiguar se não faltava nenhum fragmento nas duas porções (Figura 42).

Figura 41 - Situação final após a sutura.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

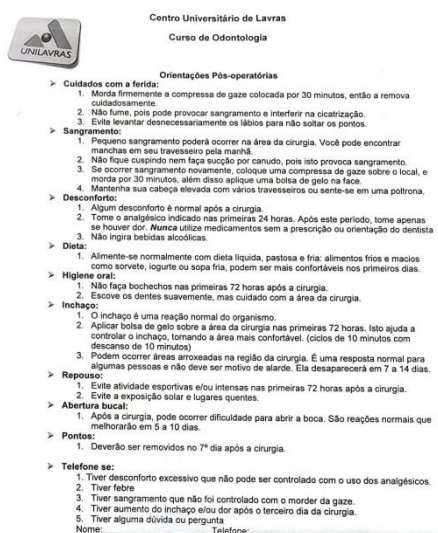
Figura 42 - Elemento 48 extraído.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Finalizado o procedimento, a paciente foi instruída do pós-operatório, como colocar bastante gelo na região operada, durante três dias, fazer refeições mais frias para morna, mais líquida e pastosa, como sorvete, açaí, iogurte, não realizar esforço, ficar em locais mais arejados da casa, dormir com o travesseiro mais elevado, entre outras indicações que estão presentes na folha de pós-operatório do UNILAVRAS (Figura 43). A medicação que foi prescrita para esse caso foi Amoxicilina 500 mg, de 8 em 8 horas, durante 7 dias, Dexametasona 4 mg, de 12 em 12 horas, durante 3 dias, para controle do edema, Tylex 30 mg, de 6 em 6 horas, durante 3 dias, para controle da dor e um colutório de Digluconato de Clorexidina 0,12%, para realizar um bochecho durante 7 dias, 3 vezes ao dia, e para ajudar na higienização e diminuir as bactérias na cavidade bucal.

Figura 43 - Folha Pós-operatório do UNILAVRAS.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

A paciente retornou ao centro cirúrgico do UNILAVRAS após 7 dias do procedimento para realizar a remoção da sutura, e nos relatou que o pós-operatório foi bem tranquilo, que não teve dor e que apenas inchou um pouco nos primeiros dias, porém isso já era de se esperar por conta de o procedimento ser um pouco invasivo.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Nollli Teixeira Fiorini Martins

Meu nome é Gabriel Nollli Teixeira Fiorini Martins, nasci em Belo Horizonte-MG, mas logo me mudei para Campo Belo-MG. Foi nesta última cidade que passei maior parte da minha vida. Sempre tive um sonho de ser jogador de futebol, desde pequeno treinava esse esporte nas escolinhas. Em 2015 me mudei para Confins-MG, para tentar seguir a carreira de jogador de futebol, depois fui para Americana-SP por um tempo, mas resolvi voltar a morar em Campo Belo e não seguir mais o sonho de ser jogador de futebol.

Retornei no meio do ano de 2017 e voltei a cursar o Ensino Médio. Nunca tinha passado em minha cabeça cursar Odontologia, desde pequeno até nos dias de hoje acompanho meu pai na roça, e por isso imaginava que eu iria fazer algum curso superior relacionado a isso, mas nenhuma área me atraía.

Em 2018 me formei no Ensino Médio e não tinha decidido o que eu queria fazer. E, então, pensei em “mexer” com plantação ou gado, sem estudo superior. Em uma conversa com meus pais, eles me mostraram o quão importante era um curso superior, e começaram a perguntar o que eu faria, e apesar do meu pai ser médico, eu nunca quis fazer medicina.

Minha mãe, que é professora, perguntou-me se eu cursaria Odontologia, respondi que era um curso que nunca tinha me passado pela cabeça, mas que também não era uma má ideia. Meus pais começaram a correr atrás disso, pois afinal eu não queria estudar. Minha mãe “jogou” minha nota do ENEM em algumas faculdades e fui aprovado em algumas. Chamei meus pais para conversar e expliquei que seria uma tentativa, porque nunca tinha passado em minha cabeça ser dentista e que se eu não gostasse iria querer voltar para Campo Belo, e eles disseram que tudo bem.

Logo comecei a decidir para onde eu iria depois de aprovado em algumas faculdades. Decidi vir para Lavras-MG, por ser próximo a Campo Belo, e também porque tive algumas conversas com conhecidos e amigos dos meus pais, dentistas, que tinham formado no UNILAVRAS e disseram-me que o curso era diferenciado, com muita dedicação dos professores em ensinar, ajudar... Enfim, foi por aí que decidi.

Tudo na minha vida que eu decido fazer eu sempre dou o meu melhor, e não seria diferente nesse curso, apesar de nunca ter pensado cursar Odontologia. Em 2019 eu me mudei para Lavras para iniciar o curso de Odontologia, e confesso que nos primeiros períodos não me chamou muito a atenção, mas meu pai sempre dizia que o início era assim mesmo.

Já no segundo período começou a matéria de Anatomia Dental, o que me despertou um interesse muito grande e, como eu disse, sempre me dedico ao que faço. Comecei a seguir dentistas, acompanhar páginas nas redes sociais e, bem superficial na época, ainda comecei a entender um pouco da Odontologia, comecei a gostar muito da área e me dedicar cada vez mais. Fiz alguns cursos por fora, comprei alguns livros didáticos e, literalmente, virou um sonho ser dentista.

Durante esses anos que passaram voando, posso dizer que quase já formado sou apaixonado pela Odontologia, pelo que ela pode oferecer a cada paciente em específico. Hoje sinto meu coração encher de gratidão e orgulho a cada passo dado.

2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, 22 anos. Compareceu à Clínica do UNILAVRAS, queixando-se de uma inflamação em sua gengiva em apenas um ponto. Feita a anamnese e o exame clínico, a hipótese dessa inflamação foi dada como uma fístula (Figura 44). Realizamos uma radiografia periapical para que pudéssemos analisar a situação (Figura 45). Feita a radiografia periapical, foi observada uma pequena lesão no elemento 46. A radiografia periapical é de suma importância para avaliação de lesões periapicais e para acompanhamento da remissão da lesão após o tratamento realizado (XAVIER et al., 2019).

Figura 44 - Fístula.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 45 - Radiografia periapical.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

No próximo passo foi realizado o teste térmico com Endo Ice e teste de percussão com cabo do espelho no dente 46. A resposta ao teste térmico foi negativa quando feita pela vestibular, na oclusal a paciente sentia um incômodo, mas não era a resposta que se espera de um dente vital, e o teste de percussão era positivo (Figura 46). Assim, para que não houvesse dúvidas no diagnóstico, foi feita uma instrumentação supra e subgingival com objetivo da fístula diminuir, já que a tentativa de seguir a fístula não houve sucesso, pois não foi encontrado seu orifício de entrada.

Figura 46 - Teste térmico com Endo Ice.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após uma semana, a paciente retornou e a fístula não havia diminuído, então com a radiografia em mãos e o diagnóstico de necrose parcial fechado foi marcado o retorno da paciente para início do tratamento. Como afirmado por Cohen e Hargreaves (2007), a necrose pulpar pode ser parcial ou completa, podendo não envolver um ou mais canal de um dente multirradicado.

Em relação à necrose pulpar, é geralmente assintomática, sendo a alteração da cor da coroa dentária uma indicação de perda da vitalidade pulpar. Nos casos de diagnóstico duvidoso, o teste do preparo da cavidade (meio mecânico) será de grande valia. Além disso, os aspectos radiográficos devem ser levados em consideração. O objetivo do diagnóstico é determinar qual o problema do paciente, e qual foi a causa de ter levado o paciente ao estado que se encontra (BERMAN; HARGREAVES; ROTSTEIN, 2021).

No dia 04/05/2023, a paciente retornou à Clínica do UNILAVRAS para dar início ao tratamento. Montada a mesa para início do atendimento, a paciente foi chamada na recepção (Figuras 47 e 48).

Figura 47 - Mesa do equipo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 48 - Mesa auxiliar.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com a paciente já em posição na cadeira, foi feita a técnica anestésica, alveolar inferior mais infiltrativa, anestésico usando lidocaina 2% (Figuras 49 e 50). A escolha pelo anestésico foi feita assim, pois é o anestésico de primeira escolha, levando em conta que a paciente não apresentava nenhuma contraindicação (COELHO et al., 2021).

A anestesia é efetiva no tratamento endodôntico, independentemente da habilidade do cirurgião-dentista, é um meio de controlar a dor e oferecer um melhor conforto ao paciente (BERMAN; HARGREAVES; ROTSTEIN, 2021).

Figura 49 - Técnica alveolar inferior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 50 - Técnica infiltrativa.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Foi feita a abertura coronária com forma triangular ovalada de base para mesial. Broca usada para abertura é a 1013, que possui ponta ativa, e broca para formatação usa-se a Endo Z, com ponta inativa. Ponto de eleição é no centro do elemento em questão (Figura 51). É de suma importância o conhecimento da anatomia e morfologia dos diferentes grupos de dentes, sabendo-se que a causa dos insucessos dos tratamentos endodônticos é a abertura malfeita e o não conhecimento da anatomia interna do dente. Portanto, a anatomia interna do dente nos guia para a abertura correta (MONTAGNER; LUISI, 2020).

Figura 51 - Abertura coronária.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Ponto de eleição é o local do dente em que se inicia o preparo cavitário. Utiliza-se uma broca ou ponta diamantada esférica com tamanho compatível com o volume da câmara pulpar avaliado através da radiografia inicial.

Após o acesso coronário já realizado e o dente com a forma de abertura executada de forma correta (Figura 52), foi dado início ao isolamento absoluto.

Irrigação e sucção com hipoclorito de sódio 2,5%. O uso do hipoclorito de sódio 2,5% é essencial, pois apresenta boas propriedades antimicrobianas, e junto com a ação dos instrumentos promove uma boa desinfecção dos canais radiculares (BEZERRA, 2022).

Figura 52 - Forma da abertura coronária.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Observa-se que quando a câmara pulpar foi acessada houve um sangramento. Foi feita a limpeza da câmara pulpar e notou-se que nos canais mesiais não havia sangramento nem

remanescente pulpar. O canal que estava sangrando era o canal distal, ou seja, o diagnóstico de necrose pulpar parcial estava correto.

O próximo passo depois do isolamento absoluto é a exploração dos canais com limas da série especial, tendo sido usada a lima 10K, acompanhada de uma boa irrigação e sucção (Figura 53), com hipoclorito de sódio 2,5%.

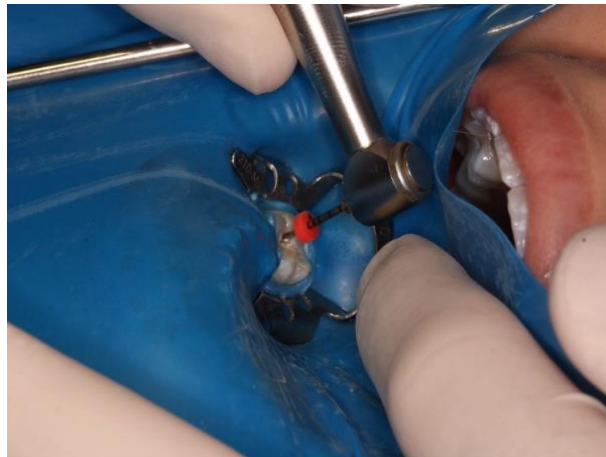
Figura 53 - Exploração dos condutos radiculares.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Próxima etapa foi feito um pré-alargamento dos canais, com a broca 25.05 a 950 RPM e 4 N/cm² em rotação contínua e em sentido horário, com movimentos de pinceladas para zona de segurança CAD - 5 (Figura 54). O uso do sistema mecanizado na endodontia está em alta relevância nos dias atuais, tanto por sua rapidez e segurança, quanto pelo conforto ao paciente, sendo que por ser um sistema que permite tratar de forma mais rápida pode ser feito o tratamento em sessão única (CAMPOS et al., 2019).

Figura 54 - Pré-alargamento com lima 25.05.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após essa etapa foi encontrado o CRD com o localizador foraminal (Figura 55).

O uso do localizador apical tem sido de grande eficácia no tratamento de canais, ajudando assim a evitar erros radiográficos, como distorções, alongamentos, entre outros, e também evita que o paciente seja exposto ao raio X (PEREIRA et al., 2021).

Figura 55 - Localizando o CRD com localizador apical.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Obtivemos, então, as medidas para referência do tratamento endodôntico, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Medidas referenciais para o tratamento endodôntico.

Raízes	CRD (em mm)	CT (em mm)
MV	22	21
ML	22	21
D	20	19

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Determinados o CRD e o CT, demos continuidade ao tratamento. Foram feitos com os instrumentos GP (Glide Path) o debridamento e a limpeza, criando-se um caminho até o forame apical. Instrumento 15.03 a 350 RPM e 1,5 N/cm², em rotação contínua no sentido horário, com movimentos de "bicada". Irrigação e sucção com hipoclorito de sódio 2,5% (Figura 56).

Figura 56 - Desbridamento criando caminho até o forame apical com lima 15.03.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Nesse momento, após já realizado o debridamento do canal, é hora de realizar a formatação final do canal. Instrumentos 25.05 a 950 RPM e 4 N/cm². Trabalhar no CT em rotação contínua, no sentido horário, com movimentos de "pincelada" para a zona de segurança (Figura 56).

Figura 57 - Após formatação final dos condutos radiculares.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Para finalizar a primeira sessão do tratamento, após os canais já preparados, foram preenchidos os condutos com EDTA, agitando com o Easy Clean por 20 segundos, fazendo a sucção levando hipoclorito de sódio 2,5% nos canais, agitando novamente por 20 segundos com Easy Clean, e fazendo esse revezamento 3 vezes, usando-se Capillary Tips e cone de papel absorvente para secar o conduto radicular. Feito isso, foi usada pasta Ultracal como medicamento de demora, e fiz o selamento triplo com bolinha de algodão, cotosol e ionômero de vidro, esperando-se 15 dias para começar a sessão da obturação. Este passo é muito importante pois permite tornar o sistema de canais radiculares inapropriados para o desenvolvimento de proliferação bacteriana (LEONARDO; LEONARDO, 2017). Nesses 15 dias, entramos em contato com a paciente para saber como ela estava passando, e ela relatou que não havia sentido dor e que a fístula aparentemente havia diminuído um pouco. Escolhi a pasta Ultracal, pois ela ajuda na redução da carga bacteriana presente nos canais radiculares (FIGUEIREDO et al., 2022).

Passados os 15 dias com a paciente com medicamento no dente, ela retorna à Clínica Odontológica do UNILAVRAS para continuidade do tratamento. Com a paciente já na cadeira, foi observado no exame clínico que a fístula havia desaparecido (Figura 58). Assim, foi montada a mesa para atendimento com os instrumentais para procedimento de obturação (Figuras 59 e 60).

Figura 58 - Elemento 46 sem fístula.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 59 - Mesa do equipo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 60 - Mesa auxiliar.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Foi realizada a técnica anestésica alveolar inferior mais infiltrativa, a remoção do material selador e o isolamento absoluto. Irrigação e sucção com hipoclorito de sódio 2,5%, secagem dos condutos radiculares com cone de papel e desinfecção dos cones de guta-percha no hipoclorito de sódio 2,5% e lavagem dos cones no soro fisiológico feita na placa de petri (Figura 61).

Figura 61 - Desinfecção dos cones de guta-percha.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Fiz o corte do cone principal na régua calibradora na espessura da lima memória, que no caso foi a 25.05. Fiz o corte, levei nos condutos e fiz a radiografia de conicidade (Figura 62).

Figura 62 - Radiografia de conicidade.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Novamente fiz a desinfecção dos cones principais e dos cones acessórios, irrigação e sucção dos condutos com hipoclorito de sódio 2,5%, secagem dos condutos com cone de papel, manipulei o cimento Sealapex na placa de vidro, passei o cone de guta-percha no cimento e leva-o no conduto, fazendo o mesmo com os cones acessórios. Os calcadores foram esquentados na lamparina a álcool e fiz o corte dos cones no terço cervical dos condutos, ou seja, na entrada dos condutos radiculares, e logo em seguida foi feita a condensação com o condensador de McSpadden utilizado no contra-ângulo, em rotação máxima, no sentido horário, e logo em seguida faz a condensação vertical a frio. Foi obturado primeiramente o canal MV, logo em seguida o ML, e por último o canal D. Depois de todos os condutos obturados, foi feita a radiografia do cone termoplastificado (Figura 63).

Figura 63 - Radiografia do cone termoplastificado.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Visto que não havia falhas na obturação, foi feita a limpeza da câmara pulpar com bolinha de algodão e eucaliptol, e logo em seguida foi feito o selamento triplo com bolinha de algodão, cotosol e ionômero de vidro, e por último foi realizada a radiografia final sem o isolamento e grampo (Figura 64). O prognóstico é bom, visto que a fístula já desapareceu e que a lesão periapical não é extensa. A paciente foi encaminhada à Clínica Integrada para realizar a restauração do dente em resina composta. A blindagem coronária é de suma importância para o sucesso do tratamento endodôntico, evitando as infiltrações ou fratura das estruturas dentais. A restauração dos dentes tratados endodonticamente são feitas para proteger o remanescente contra fraturas e contra reinfecções, e para substituir a estrutura dentária perdida (BERMAN; HARGREAVES; ROTSTEIN, 2021).

Figura 64 - Radiografia final.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Otávio Henrique Ribeiro Xisto

Meu nome é Otávio Henrique Ribeiro Xisto, tenho 22 anos e sou natural de Lavras - MG. Minha história na Odontologia começa há muito tempo, antes mesmo de eu ter nascido. Meus pais, Kelly Cristina Ribeiro, cirurgiã dentista, e Ernani Donizetti de Xisto, ex-protético e empresário, pelos meados de 1998, abriram uma clínica na cidade de Lavras, conhecida como Belo Dente, a qual está em funcionamento até hoje e teve influência direta na minha escolha pela Odontologia. Mas para minha história na Odontologia acontecer, uma pessoa teve que dar o pontapé inicial.

Meu pai, criado na zona rural e com uma família humilde, viu na Odontologia, aos seus 15 anos, uma oportunidade para mudar de vida. Embarcou rumo a São Paulo para aprender a fazer próteses dentárias e não parou mais. Após adquirir conhecimento e prática, retornou e iniciou sua jornada de porta em porta na Boca da Mata – Área rural de Lavras/Ijaci, até expandir como dono de clínicas dentárias nas regiões do Sul de Minas, São Paulo e Paraná. Porém, como atrás de um grande homem existe uma grande mulher, minha mãe teve papel fundamental.

Nessa época, formada em Pedagogia pelo UNILAVRAS, minha mãe não tinha os conhecimentos técnicos da prótese, mas tinha uma experiência que meu pai Ernani não possuía ainda. Por trabalhar desde nova em lojas e comércios, entendia muito bem de relacionamento com clientes e vendas, o que proporcionou a junção necessária para embarcarem e darem certo nesse ramo. Um ramo que, por tudo que foi vivido por eles, era esperado que eu seguisse. Mas não era bem o que eu queria.

Criado no bairro Vila Murad com um campo de futebol a poucos metros da minha casa, meu sonho não poderia ser diferente da maioria dos jovens brasileiros: ser jogador de futebol. Um objetivo que esteve presente em mim até por volta dos meus 16 anos que, por infelicidade ou não, não foi capaz de ser realizado. Após cair a ficha e me deparar com uma conclusão de Ensino Médio pela frente, estava na hora de pensar em qual rumo a minha vida levaria. Uma decisão muito difícil para uma pessoa que não tinha ideia do que fazer.

Após conversas com meus pais, enxerguei na Odontologia uma oportunidade de me realizar financeiramente na vida, contudo não tinha a mesma convicção quanto à realização pessoal.

A ida à clínica, atualmente somente da minha mãe e com outro nome, intensificou-se no último ano do Ensino Médio, para que eu presenciasse e observasse ainda mais o dia a dia clínico para eu ter a decisão de iniciar a graduação em Odontologia, a qual foi tomada no início de 2019.

Como passei por parte da minha história colegial no UNILAVRAS, onde estudo desde 2009, e por minha mãe ter se tornado cirurgiã dentista na mesma instituição em 2012, foi fácil optar por esse lugar para essa nova etapa. Uma etapa que começou com incertezas e inseguranças, mas após as aulas teóricas e práticas percebi que tomei a decisão correta para minha realização pessoal. Espero que essa realização se concretize após minha colação de grau e que eu possa realizar com maestria o bem maior da Odontologia: devolver saúde e promover sorrisos para as pessoas.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, de 46 anos de idade, hipertensa e fumante, compareceu à Clínica do UNILAVRAS – AEV (Atividades Específicas Vocacionais), no dia 27/02/2023, relatando que havia fraturado seu dente da frente comendo suã de porco no final de semana antecedente. Após a anamnese, foi realizado um exame clínico, no qual foi detectado que a fratura ocorreu no elemento 11, em que o fragmento ainda estava preso ao seu remanescente. Anteriormente à remoção do fragmento, foi realizada uma radiografia periapical (Figura 65) para avaliar radiograficamente a fratura, não sendo possível chegar a uma conclusão da localização da fratura, no entanto, verificou-se um tratamento endodôntico satisfatório, em que está ocorrendo a regressão da lesão periapical. Posteriormente à remoção do fragmento, foi

detectado que havia ocorrido uma fratura coronoradicar, em que por palatina restou cerca de 2 mm de remanescente supragengival e, ao percorrer para a vestibular, o remanescente se encontrava a 3 mm subgengival.

Figura 65 - Radiografia periapical do elemento 11.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Diante desse diagnóstico, em conversa com o Professor Lâner Botrel, foi concluído que nesse momento seria indicado realizar a reinserção do fragmento ao seu remanescente e uma esplintagem com fio de ortodontia e resina composta por palatina, a fim de chegar a uma conclusão para o tratamento. Paciente foi dispensada e avisada sobre o dia para retornar para avaliar os prognósticos do tratamento.

No decorrer do mês de março, foi checada a possibilidade de dois tratamentos, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Opções de tratamentos.

N	OPÇÕES DE TRATAMENTOS
1	Extrusão dentária + retentor intrarradicar + coroa total
2	Exodontia + implante imediato com carga imediata

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Na primeira semana de março, a paciente retornou à Clínica para o Professor Marcene Reis e o Professor Lâner discutirem a possibilidade do primeiro tratamento.

Após remoção da esplintagem e do fragmento, foi realizada uma radiografia periapical a fim de analisar o remanescente dentário (Figura 66).

Figura 66 - Radiografia periapical do remanescente dentário.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O objetivo da radiografia periapical é visualizar o dente, ou grupo de dentes, em sua integralidade e suas estruturas de suporte e as demais estruturas adjacentes (WATANABE; ARITA, 2019). Duas técnicas são as mais usadas para as radiografias periapicais: a técnica do paralelismo e a técnica da bissetriz. Embora as duas sejam eficientes, a maioria dos cirurgiões-dentistas preferem a técnica do paralelismo, porque ela fornece uma visão menos distorcida da dentição, devido ao fato de que o filme radiográfico é apoiado paralelamente ao longo do eixo dos dentes com o apoio dos posicionadores e o feixe radiográfico, localizado relativamente distante dos dentes, é direcionado perpendicular ao filme e dentes (WHITE; PHAROAH, 2007).

As vantagens da radiografia periapical são: ter em mãos uma imagem radiográfica com alta nitidez dos dentes e estruturas de suporte; os equipamentos radiográficos são relativamente de baixo custo e seus manuseios são fáceis; e baixa dose de exposição à radiação. Em contrapartida, tem desvantagens, como: abrange áreas pequenas da cavidade bucal; e em caso de pouca abertura bucal, arcada dentária estreita, assoalho da boca raso ou ânsia ao vômito, a tomada radiográfica será dificultada (WATANABE; ARITA, 2019).

Em conversa com os dois professores, chegamos à conclusão de que o prognóstico dessa primeira opção de tratamento não era dos melhores, devido às razões descritas no quadro 3.

Quadro 3 - Razões sobre a impossibilidade de tratamento.

Razões sobre a impossibilidade de tratamento:	
1	Para realizar a extrusão dentária, teria que ser cimentado um retentor intrarradicular, tendo sido eleito o pino de fibra, contudo, não teria condições de controle de umidade e de isolamento adequados para ter uma cimentação adesiva com segurança, pois materiais restauradores podem sofrer degradação química no ambiente oral úmido, a qual é motivada pela tendência interna desses adesivos em absorver água que plastifica o polímero e promove hidrólise das ligações ésteres, na qual pode causar falhas na interface compósito/dente (EZZAZI et al., 2022).
2	Caso seja realizada a inserção do retentor, teria que extrair no mínimo 3 mm do sentido apical para cervical, comprometendo as condições de preparo para um posterior pino de fibra novo, pois a raiz perderia extensão, e a coroa seria num comprimento maior que a raiz, comprometendo a relação em que a coroa tem que ser no mínimo do mesmo comprimento que a raiz (PEGORARO, 2014).
3	Risco de falha após 2 preparos intrarradulares, como fratura do remanescente radicular, pois o dente pode se enfraquecer caso a remoção de dentina for excessiva para colocar um novo pino, ultrapassando 1/3 do diâmetro da raiz (BERMAN; HARGREAVES; ROTSTEIN, 2021).

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Um outro tratamento, que melhoraria as condições para a realização de uma maneira segura da cimentação do retentor e da coroa, seria o aumento de coroa clínica. Procedimento o qual tem como objetivo aumentar a área dental supragengival, em que pode haver gengivoplastia, definida como remoção do excesso gengival com remodelação e recontorno, e osteotomia, definida como recontorno ósseo realizado por instrumentais manuais ou brocas (KALSI et al., 2020). No entanto, o procedimento supramencionado foi descartado, por se tratar de uma área estética em que o zênite gengival, sendo o ponto mais cervical ou apical do contorno gengival individual (FEHRENBACH; POPOWICS, 2022) do dente 11 ficaria mais alto em relação ao 21, comprometendo a estética do sorriso.

Após esses motivos serem discutidos entre nós, o Professor Luiz Fernando foi chamado para comparecer à Clínica para participar desse fechamento de conclusão de tratamento, e concordou com os riscos citados acima na primeira opção de tratamento, que consiste na extrusão dentária, colocação de retentor intrarradicular e confecção da coroa total. Assim, em

conjunto com os outros profissionais, chegamos à conclusão de que o melhor procedimento com o melhor prognóstico foi o da exodontia e a realização do implante imediato com carga imediata.

Toda essa discussão foi repassada para a paciente de uma maneira que ela compreendeu os riscos e prognósticos dos tratamentos e estava apta para a realização de qualquer tratamento que fosse proposto, caso o tratamento cumprisse com sua queixa de não ficar sem o dente. Foi realizada uma nova esplintagem, em que foi colocado um fio de ortodontia por palatina dos dentes adjacentes do elemento 11 e no próprio elemento 11, fixado com resina composta Flow para dar maior resistência e retenção, para que a paciente pudesse ir embora.

Dessa maneira, foi decidido, em conjunto com professores, aluno e paciente, que o plano de tratamento para esse caso seria de exodontia do remanescente 11 e prótese sobre implante.

Durante a etapa de planejamento do tratamento, a paciente compareceu a uma clínica radiológica em Lavras-MG, para a realização do protocolo fotográfico pré-operatório (Figuras 67, 68, 69 e 70) e da tomografia computadorizada Cone Beam (Figuras 71, 72 e 73), que são imagens de cortes transversais da cabeça que utilizam um método em que o tubo de raios X é movimentado em torno de um centro qualquer para tornar desfocadas as estruturas desnecessárias que se sobrepõem à região-alvo e para se obter apenas a imagem desse alvo de forma nítida, baseado numa reconstrução matemática (WATANABE; ARITA, 2019), para oferecer melhores condições para um procedimento seguro e eficaz, possibilitando obter uma imagem tridimensional da região escolhida.

Figura 67 - Sorriso por vista frontal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 68 - Vista frontal dos dentes em oclusão.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 69 - Arcada superior em fundo preto.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 70 - Vista oclusal da arcada superior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 71 - Tomografia computadorizada Cone Beam - corte coronal do elemento 11.



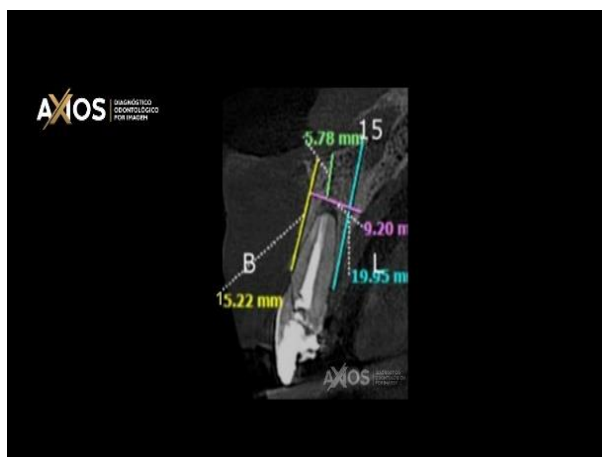
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 72 - Tomografia computadorizada Cone Beam - cortes sagitais do elemento 11.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 73 - Imagem ampliada do corte coronal da tomografia computadorizada Cone Beam do elemento 11.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após ter em mãos os exames, foi acordado entre os professores Luiz Fernando e Lâner que seria realizada na mesma sessão a exodontia do elemento 11, instalação de um implante imediato com enxerto ósseo e carga imediata.

No dia 20/03/2023, foi solicitado à paciente que comparecesse à Clínica para a realização de uma moldagem parcial da região anterior superior, para a confecção de um modelo de gesso que possibilita ter uma réplica da anatomia e das proporções do elemento 11 para a compra de um dente de estoque a reproduzir-se na hora que fosse realizada a prótese provisória.

Com todo o planejamento concluído e os materiais necessários, foi marcada para o dia 03/04/2023 a realização do tratamento.

Chegado o dia da cirurgia, aferi a pressão arterial e fui removendo a esplintagem e o fragmento da boca da paciente (Figuras 74 e 75) num equipo, enquanto o professor Luiz Fernando preparava toda a mesa clínica para a realização da cirurgia em outro. Com tudo pronto, levei a paciente para o equipo da cirurgia.

Figura 74 - Remanescente radicular por vista frontal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 75 - Remanescente radicular por vista oclusal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Foi realizada a antisepsia intraoral com clorexidina 0,12%, para diminuir a carga bacteriana na boca da paciente para evitar uma infecção pós-operatória (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021), acomodação da paciente na cadeira e antisepsia extraoral com clorexidina 2%; e fui me paramentar para auxiliar na cirurgia.

A cirurgia iniciou-se com anestesia infiltrativa por vestibular na região do elemento 11 e dos dentes adjacentes, seguindo de uma papilar e uma por bloqueio regional, a nasopalatina.

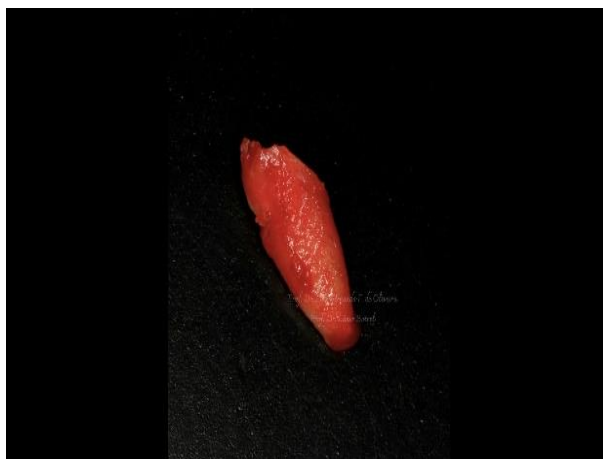
O Professor Dr. Luiz Fernando iniciou o descolamento do tecido gengival, preservando-o ao máximo para que fosse uma exodontia minimamente invasiva para os tecidos ao redor do dente.

Após boa sindesmotomia por palatina e interproximal, a porção vestibular foi suficientemente descolada, preservando bem o periósteo para manter uma boa irrigação

sanguínea para a tábua óssea. Isso é importante, pois Testóri et al. (2018) acreditam que a gengiva contribua para manter a saúde dos tecidos peri-implantares. Isso contribui para diminuir o trauma cirúrgico, em que um dano vascular e uma resposta inflamatória aguda serão evitados pelo não descolamento do periósteo da superfície, diminuindo a chance de reabsorção óssea (BLANCO et al., 2019).

Iniciamos a luxação do remanescente com alavancas, a fim de afrouxá-lo em relação ao alvéolo dentário até a sua retirada (Figura 76). As alavancas são inseridas no espaço do ligamento periodontal com pressão apical e rotacional para realizar a finalidade citada (HUPP, ELLIS; TUCKER, 2021).

Figura 76 - Remanescente radicular extraído.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com o alvéolo irrigado e preservado (Figuras 77 e 78), iniciamos a parte da instalação do implante.

Figura 77 - Alvéolo vazio por vista oclusal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 78 - Alvéolo vazio por vista frontal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Nesse mesmo momento, o Professor Dr. Lâner estava realizando as fotografias da cirurgia e estava confeccionando o provisório do elemento 11 para a carga imediata (Figura 79), em que foram utilizados os materiais e instrumentais: faceta pré-fabricada de cor 66 do elemento 11, resina composta z250 A1, adesivo Single Bond 2, brocas de acabamento e polimento para resinas, *kit* de borrachas e prótese para resina acrílica, Munhão Pro Peek, *microbrush*, pasta de polimento e espátulas para resina Bioplic-Biodinâmica.

Figura 79 - Provisório do elemento 11.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Na cirurgia, foi eleito o implante Helix GM Acqua 3,5 x 13 mm para a inserção, devido ao planejamento prévio em que foram avaliados tecidos moles e duros da cavidade bucal, sendo que a tecnologia Acqua otimiza a osseointegração em áreas enxertadas.

Iniciou-se pela broca lança na posição e profundidade planejadas, com a finalidade de romper a cortical óssea, passou pelas brocas 2.0 helicoidal, na medida 15 mm em relação à tábua óssea vestibular, para ficar 2 mm infraósseo, e broca cônica 3,5 na medida 15 mm até a colocação do implante, que foi realizado com um torque entre 50 e 60 Newtons para possibilitar a carga imediata (Figuras 80 e 81). Após a instalação, foi provado um componente protético chamado Munhão Pro Peek, no qual será feito o provisório no implante (Figuras 82 e 83).

Figura 80 - Instalando o implante.



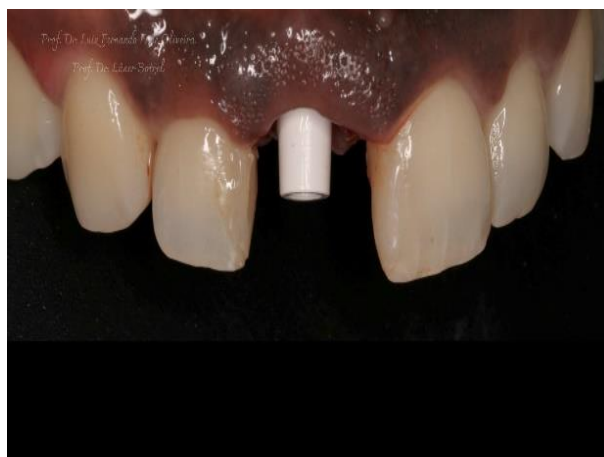
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 81 - Implante instalado.



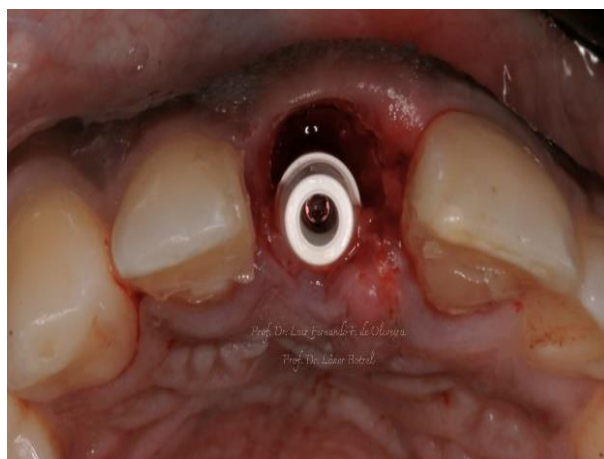
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 82 - Munhão Pro Peek em posição por vista frontal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 83 - Munhão Pro Peek em posição por vista oclusal.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

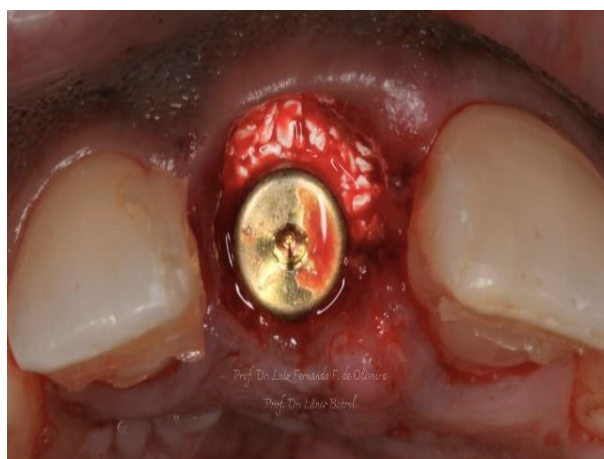
Após a retirada do componente e com o implante em posição, foi realizado um enxerto ósseo bovino desproteínizado no gap entre implante e cortical óssea vestibular (Figuras 84 e 85), da marca Genius, na granulação 0,50 -1,0 mm, para ocupar esse espaço vazio e prevenir a remodelação óssea do remanescente ósseo, pois segundo Testóri et al. (2018) uma menor reabsorção óssea ocorre quando um enxerto ósseo é colocado junto com uma restauração provisória, a fim de fornecer suporte e volume aos tecidos moles.

Figura 84 - Implante com enxerto ósseo sem componente protético.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 85 - Implante com cicatrizador e enxerto ósseo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Depois da parte cirúrgica realizada, iniciou-se a parte protética para a instalação da carga imediata, na qual uma prótese provisória é instalada imediatamente após a cirurgia ou após os 7 primeiros dias (BLANCO et al., 2019).

Durante a confecção da prótese provisória, o Professor Lâner começou desgastando a parte palatina da faceta pré-fabricada com a broca Maxicut na peça reta, e foi adequando-a ao Munhão Pro Peek e testando-a no espaço protético da paciente. Após estar com boa adaptação ao munhão, foram realizadas ranhuras para melhorar sua retenção. Foi colocado o munhão no implante, aplicado adesivo Single Bond 2- 3M com *microbrush* nele e na faceta, ambos polimerizados com fotopolimerizador de LED, por 20 segundos, e foram unidos por uma porção de resina composta Z250 A1 - 3M, polimerizada por 40 segundos.

Posteriormente, foi retirada do implante e foi confeccionada a parte palatina do provisório com a mesma resina composta com o devido perfil de emergência correto. Com a prótese provisória pronta, esta foi instalada no implante (Figuras 86 e 87) com torque de aproximadamente 15 Newtons, e a parte do parafuso foi selada com Teflon e restaurador temporário Bioplic-Biodinâmica.

Figura 86 - Provisório sendo instalado no implante.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 87 - Provisório instalado em posição.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Foi checada toda a oclusão estática, na qual os dentes se encontram em máxima intercuspidação habitual e dinâmica, em que movimentos mandibulares de protrusão e lateralidade são realizados a partir das guias funcionais (KATTADIYIL; ALZAID; CAMPBELL, 2021), eliminando todos os pontos de contato para deixá-lo em infraoclusão (Figura 88).

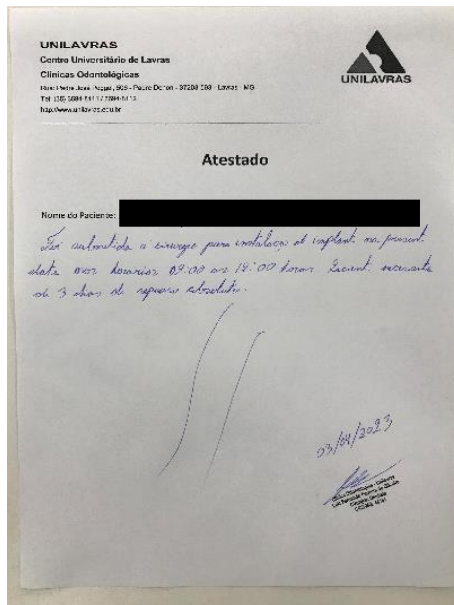
Figura 88 - Provisório ajustado em boca e em infraoclusão.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

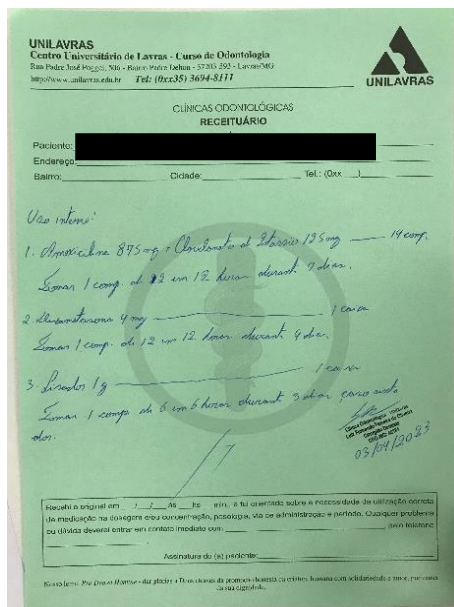
Com a cirurgia finalizada, foi entregue para a paciente o atestado (Figura 89), e foram passadas todas as orientações em relação à medicação (Figura 90), tendo sido orientada para que programasse a instalação da prótese definitiva para 3 meses pós-operatórios. Foi realizada uma nova tomografia para avaliar a posição do implante (Figura 91) e realizadas fotografias do novo sorriso (Figuras 92 e 93) após 2 meses do procedimento.

Figura 89 - Atestado.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 90 - Receituário.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 91 - Tomografia computadorizada do implante.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 92 - Sorriso novo da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 93 - Dentes em oclusão com provisório instalado.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Diante desse desafio clínico, por ser um procedimento delicado, a conduta dos experientes professores foi de suma importância para esse tratamento. Isso porque, desde a fase de diagnóstico, na qual foi abordada se havia ou não deficiência óssea e se havia tecidos moles, e desde a posição das raízes dos dentes adjacentes, somadas a todo tratamento cirúrgico realizado em uma única sessão, que diminui a ansiedade do paciente e torna menos traumático o tratamento, e finalizada com a parte protética, sendo a expectativa da paciente atingida, deixando-a extremamente satisfeita, mostra que, quando bem planejada e executada a instalação de implante imediato com carga imediata em área estética, os resultados são os melhores possíveis (BLANCO et al., 2019).

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Thomas Rodrigo Marinho Martins

Meu nome é Thomas Rodrigo Marinho Martins, tenho 28 anos, sou natural de Lavras – MG, e vivi toda a minha infância e adolescência na cidade de Cana Verde – MG. Venho de uma família simples e humilde, sendo o primeiro integrante dela a estar concluindo um curso superior. No entanto, meus pais, mesmo sem possuírem muito estudo e boas condições econômicas, sempre investiram em minha educação e me incentivaram para que eu buscasse estudar o máximo que pudesse. Ainda quando estudava em Cana Verde, tinha o interesse em ser militar do Exército Brasileiro, pois tenho alguns familiares que são da área, então abrigava essa vontade desperta em mim. Por conseguinte, após me mudar para outra escola, na cidade de Perdões, no meu 2º ano do Ensino Médio, comecei a gostar e me interessar pela área da saúde, mais especificamente a área médica.

Assim, após terminar meus estudos no Ensino Médio, prestei o ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), mas não obtive nota suficiente para ser aprovado em medicina em uma Universidade Federal ou conseguir uma bolsa pelo ProUni (Programa Universidade para Todos). Dessa forma, iniciei minha jornada em cursinho pré-vestibular, que durou um período de 4 anos (2013 a 2016), entre a cidade de Juiz de Fora e Lavras. Nesse meio tempo me adoeci, tive depressão, e comecei a questionar e repensar a minha vida, minhas vontades e se realmente queria medicina como minha profissão. Entre os anos de 2017 e 2018 fiquei estudando em casa, pois estava sem um norte para seguir, pensando no que iria fazer e tratando a depressão que havia piorado muito nesse período.

Outrossim, nesse intervalo em que estive em tratamento e depois de muito pensar, resolvi mudar de curso, pois já havia me casado em 2018 e, com isso, acompanhado do matrimônio, surgiu a necessidade de arrumar uma profissão para organizar minha vida e seguir a diante com a família que comecei a construir. Assim, pensei bem e escolhi cursar Odontologia, que no meu entendimento era uma área mais próxima da que eu queria, mas meio receoso, com o pensamento de que dentista só estudava boca e dentes. Prestei o ENEM no ano de 2018, e em 2019 fui aprovado pelo ProUni no Centro Universitário Estácio de Sá, na cidade de Juiz de Fora – MG, ficando lá por somente um período (6 meses) e transferindo-me para o Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, por questões de qualidade de ensino e questões econômicas, e por estar mais próximo dos meus familiares.

Ademais, 5 anos se passaram, e no ano de 2022 tive o melhor presente que um homem pode ter na vida, uma filha. E aqui estou, enfim, quase me formando, realizado com a profissão que escolhi, ciente do poder de transformação que a Odontologia tem, que pode proporcionar o melhor para a vida do próximo. E sabendo agora também que dentista não estuda somente boca e dentes, mas o ser humano como um todo, visando progressivamente a sua saúde, como todos os cursos da área da saúde. Dessarte, com toda certeza, hoje sinto que a faculdade, os professores, os funcionários, os estágios, a vivência do curso, enfim, a Odontologia como um todo, contribuíram para meu crescimento e desenvolvimento, não só intelectual e pessoal, mas também humano, fazendo-me enxergar mais as necessidades do próximo e sabendo que poderei resolver pelo menos uma parcela delas para eles.

2.5.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, chegou à Clínica Infantil de Odontologia do UNILAVRAS, acompanhado por sua mãe, indicado como urgência por um colega de curso que o atendeu no PSF onde estava estagiando. De início, foi realizada a coleta de dados pessoais do paciente e realizada a anamnese, seguidas de exame físico extra e intraoral (Figuras 94 e 95).

Figura 94 - Fotografia da ficha de urgência preenchida.

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS
Rua Padre José Poggiani, 506 - Padre Delton
Cav. 27 203-593 - Lavras - MG
Tel: (35) 3694-8111 / 3694-8112
http://www.unilavras.edu.br

FICHA DE EMERGÊNCIA

Nome: [Redigido] 40,4 kg
Aluno: [Redigido]
Período: 2º

Data de nascimento: 11/11/2002 Sexo: F Nacionalidade: Brasileira
Civ. de país: [Redigido] Estado: Minas Gerais
RG: [Redigido] CPF: [Redigido] nº cartão SUS: [Redigido]
Estado Civil: [Redigido] Nome do cônjuge: [Redigido]
End. Residencial: [Redigido] CEP: [Redigido]
Cidade: [Redigido] Estado: [Redigido]
Telefone (X) para emerg: [Redigido] Telefone comercial ou celular: [Redigido]
Nome do Pai: [Redigido]
Nome da Mãe: [Redigido]
Nome da empresa que trabalha: [Redigido] Profissão: [Redigido]
Espec. Comercial: [Redigido]
Disciplina de Atendimento: [Redigido]

ANAMNESE

Queixa principal: Dor no dente superior anterior direito com bolha

1. Está atencioso sob cuidados médicos? () sim (X) não
Qual motivo? [Redigido]
Qual o médico? [Redigido]

2. Último exame médico: [Redigido] Telefone: [Redigido]
Qual a especialidade? [Redigido]

3. Último exame odontológico: [Redigido]
4. Está tomando algum medicamento? () sim (X) não
Qual (os)? [Redigido]

5. É alérgico a algum medicamento? () sim (X) não
Qual (os)? [Redigido]

6. Já teve alguma doença mais grave? () sim (X) não
Qual (as)? [Redigido]

7. Já submeteu-se a alguma intervenção cirúrgica? () sim (X) não
Qual (as)? [Redigido]

8. Já teve algumas doenças ou transtornos?

- Ansiedade [Redigido]
- Alergia [Redigido]
- Doença cardíaca [Redigido]
- Problemas cardíacos [Redigido]
- Hipertensão [Redigido]
- Diabetes [Redigido]
- Hipotireoidismo [Redigido]
- Hipercolesterolemia [Redigido]
- Hiperlipidemia [Redigido]
- Hiperuricemia [Redigido]
- Hipertrigliceridemia [Redigido]
- Hipercolesterolemia [Redigido]
- Hiperuricemia [Redigido]
- Hipertrigliceridemia [Redigido]

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 95 - Fotografia da ficha de urgência preenchida.

9. Já teve experiência odontológica desagradável anteriormente? () sim (X) não
Qual (as)? [Redigido]

10. Está tomando ou recebeu tratamento odontológico? (X) sim () não
Por quê? [Redigido]

11. Já tomou todos os vacinas necessárias? (X) sim () não

12. Perdeu ou ganhou peso ultimamente? [Redigido]

13. Tem ADO? [Redigido]

14. Está grávida? () sim (X) não
Em que mês? [Redigido]

15. Pressão arterial: Mínima [Redigido] Máxima [Redigido]

16. Há alguma informação que julga necessária para podermos lhe oferecer um tratamento mais adequado? () sim (X) não
Qual (as)? [Redigido]

EXAME FÍSICO INTRA-BOCAL

(Lábios, Mucosa bucal, Língua, Orelhas, Anexos: Nariz, Orelhas, Garganta, Palato duro e mole, Tímpano das Tarefas)

Exame: [Redigido]

EXAME FÍSICO EXTRA-BOCAL

- Cadeias ganglionares (submandibular, submentoniana, submandibular, cervical, parotídea, mastoideia, occipital)
- Cadeias submaxilares (parotídea, submandibular, sublingual)
- Sáliva

EXAME CLÍNICO: [Redigido]

DADOS RADIOGRÁFICOS: [Redigido]

DIAGNÓSTICO: [Redigido]

Data	Procedimentos realizados	Ass. Professor
11/11/2022	Exame físico, radiográfico, exame de urgência e prescrição med.	[Redigido]

OBSERVAÇÕES DO PROFESSOR: [Redigido]

Lavras, 10 de outubro de 2022

Assinatura do paciente ou responsável legal: [Redigido]

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Na queixa principal, o paciente referia que: “O dente estava doendo, inchado e com a presença de uma bolha” (segundo informações colhidas - SIC). Logo após, seguiu-se com o exame físico extraoral, no qual foi realizada a inspeção visual de pele, lábios, formato da face e palpatória das cadeias de linfonodos da cabeça e do pescoço. Prosseguindo para o exame

intraoral, foram avaliadas todas as estruturas presentes na cavidade bucal, como língua, mucosa jugal, gengiva inserida e livre, palato, assoalho de língua, istmo das fauces, orofaringe e dentes.

Foi visualizada, clinicamente, presença extensa de cárie na região mesial e distal do elemento 51, e de fístula em gengiva inserida vestibular, acima do mesmo elemento, com tumefação palpável e visível acima dos elementos 51 e 52. O paciente referia dor à palpação vigorosa e não se constatou saída de conteúdo de qualquer espécie (líquido ou purulento) pela fístula presente durante essa palpação. Assim, para melhor avaliação das estruturas internas, seguiu-se para a realização de radiografia periapical (Figura 96), pois o objetivo era visualizar os dentes, periápice e estruturas de suporte circundantes aos dentes envolvidos (WATANABE; ARITA, 2019), na qual foi constatada a presença de cárie também na mesial do elemento 52 e confirmada as do elemento 51, observadas clinicamente durante o exame intrabucal, e de uma lesão, possível cisto (pela visualização de sua cápsula na radiografia), e também uma reabsorção de parte apical da raiz do elemento 52 e envolvimento quase total da raiz do dente 51 nessa lesão. Após realização e análise da radiografia, também foi realizado teste térmico frio com Endo Ice para avaliação da vitalidade dos dentes envolvidos na lesão, corroborando a negatividade nesse teste, o que evidenciou que os dentes 51 e 52 estavam desvitalizados (sem vida ou com polpa necrótica). Dessa forma, foi sugerida inicialmente a hipótese diagnóstica da presença de cisto dentígero ou lesão periapical cística. Isso porque as características remetiam as de um cisto que estava circundando a coroa dos dentes não erupcionados (11 e 12), sendo o mais comum de todos os cistos de origem odontogênica, representando uma parcela de 20% dos cistos com revestimento epitelial em ossos gnáticos e que pode ou não possuir uma patogênese inflamatória (NEVILLE et al., 2016).

Figura 96 - Radiografia periapical.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Para melhor avaliação e compreensão do quadro clínico como um todo, foi solicitada a realização de radiografia panorâmica (Figura 97). A solicitação da ortopantomografia deu-se devido à necessidade de compreensão do conjunto de estruturas e melhor compreensão dos fatores que poderiam estar envolvidos junto àquelas estruturas afetadas pela lesão detectada na radiografia periapical, e também devido a vantagens, como: menor exposição à radiação, evidenciação de todo o sistema estomatognático, com inclusão de estruturas como seio maxilar, processos estiloide e ATM; é um documento para o plano de tratamento que expõe a relação funcional, patológica e sobre seus efeitos no sistema estomatognático (WATANABE; ARITA, 2019).

Figura 97 - Solicitação de radiografia panorâmica/ortopantomografia.

Indicação de Clínica para Rolo X

UNILAVRAS

Curso de Odontologia
Ditem - 37203-991 - Lavras/MG
3.35) 3694-8111

CINCLICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED]
Bairro: [REDACTED] Cidade: Lavras Tel.: (Dx): [REDACTED]

Solicitação de Exame Complementar
Solicito radiografia panorâmica de boca semi-aberta.

Lavras, 19 de outubro de 2022.

Clinicas de Odontologia - UNILAVRAS
Luciana Fonseca P. G. Tourão
Cirurgia Dentária
CRM 24.705

Recetibi o original em ____/____/____ às ____h____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 deve-se entrar em contato imediato com ____ pelo telefone ____.

Assinatura do (a) paciente: _____

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

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Como o paciente referiu dor e havia presença de tumefação, fístula e extensa cárie nos elementos 51 e 52, sendo esses sinais clássicos de infecção associada à lesão detectada, foi prescrita terapia medicamentosa, com a escolha para as penicilinas, sendo o antibiótico escolhido amoxicilina suspensão, na concentração de 250 mg/5 ml, 2 frascos, 10 ml, de 8 em 8 horas, durante 7 dias (Figura 98), por se tratar de uma droga de amplo espectro de ação, bem tolerada e de primeira escolha para o tratamento de infecções na cavidade bucal (ANDRADE et al., 2014). Além disso, como a conduta para a hipótese diagnóstica (cisto dentífero) é a remoção dos dentes envolvidos na lesão (51 e 52) e enucleação da lesão (MILORO et al., 2020), foi sugerido pela professora orientadora que eu procurasse o professor de cirurgia para melhor discutir e planejar o caso para realizá-lo no Centro Cirúrgico do UNILAVRAS. É necessário lembrar que a prescrição medicamentosa citada anteriormente entra como medicação profilática para prevenção de futura infecção, uma vez que o paciente seria submetido a uma cirurgia para a remoção da lesão e dentes envolvidos, não sendo indicada a realização de cirurgia em áreas com suspeita ou infecção já instalada sem antes o tratamento e resolução dela (ANDRADE et al., 2014).

Figura 98 - Prescrição de antibioticoterapia.

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Ademais, após análise da radiografia panorâmica realizada (Figura 99), notou-se que não revelou muita diferença da radiografia periapical pelo fato de ter sobreposto muitas estruturas sobre a região que estávamos avaliando, sendo esse fator uma das desvantagens da radiografia panorâmica, a sobreposição de muitas estruturas por se tratar de um exame 2D (duas dimensões) (WATANABE; ARITA, 2019). No entanto, foi válido para observarmos se havia mais alguma situação que fugisse da normalidade nesse paciente, não sendo constatado nenhum desvio da normalidade, a não ser na região afetada pela lesão detectada. No quesito dor, através de contato com sua mãe, via WhatsApp, foi relatado que o paciente não possuía mais nenhuma dor após os 7 dias de antibioticoterapia.

Figura 99 - Radiografia panorâmica (pré-cirúrgico).



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Assim, ao levar o caso para discutir com o professor de cirurgia e analisarmos juntos todas as informações coletadas e exames realizados, já mencionados anteriormente, ele propôs uma nova hipótese diagnóstica para o caso, a de cisto folicular inflamatório, uma vez que se tratava de um dente decíduo cariado e sem vitalidade, associado a uma lesão com pequena reabsorção radicular no dente 52. Assim, foi decidido que a melhor conduta para o caso deveria ser a exodontia dos dentes envolvidos na lesão, assim como realizar a enucleação da lesão para envio ao anatomopatológico, com fim de análise para confirmação e fechamento de diagnóstico (MARQUES et al., 2017).

Existem diferenças sólidas entre os cistos foliculares inflamatórios e os cistos dentígeros, uma vez que estes, geralmente, apresentam-se associados a dentes necróticos, possuem origem inflamatória, são mais comuns entre a primeira e segunda década de vida, são sintomáticos, podem ser múltiplos, e histologicamente apresentam-se em epitélio estratificado não queratinizado, escamoso e tecido conjuntivo inflamado; enquanto aqueles apresentam-se associados a terceiros molares em mandíbula, são uma lesão/cisto do desenvolvimento, comuns entre a segunda e terceira década de vida, são assintomáticos, quase sempre solitários, e histologicamente apresentam-se com células do epitélio reduzido do esmalte, epitélio indiferenciado e fino com duas a quatro camadas e parede relativamente sem inflamação (SEITHI A. et al., 2020). Há várias formas de abordagens cirúrgicas para os cistos do complexo bucomaxilofacial, como marsupialização, enucleação total, descompressão, curetagem e ressecção, sendo o que define o tipo de abordagem a somatória de fatores, como: história clínica, anamnese, exame físico, extra e intraoral, exames complementares, tamanho da lesão,

assim como sua correta interpretação e correlação com os achados clínicos e complementares, corroborando uma hipótese diagnóstica mais concisa para a lesão, entregando, conseqüentemente, melhor tratamento e técnica cirúrgica para o paciente (DAMO, 2021).

Dessa forma, a história colhida na anamnese e achados clínicos e radiográficos devem ser levados em conta para a correta correlação da hipótese diagnóstica e conseqüente tipo de tratamento. Faz-se mister atentar-se que o tratamento de lesões inflamatórias é delicado, pois um processo inflamatório persistente próximo ao folículo do dente permanente pode afetar o seu desenvolvimento, causando má formação do seu sucessor (VITOR et al., 2020). Por conseguinte, foi realizada a marcação e o planejamento da cirurgia para a remoção da lesão e dentes envolvidos.

No dia da cirurgia, foi realizada a foto do aspecto inicial de como estava a área afetada pela lesão (Figuras 100 e 101), e então iniciei com a degermação das mãos e antebraços até a região do cotovelo, com sabão composto com clorexidina 2%, para diminuição da microbiota bacteriana presente na pele das mãos e antebraços. Após 3 minutos de degermação, segui para o enxague, secagem com toalha estéril presente no *kit* cirúrgico estéril, colocação de avental cirúrgico estéril e luvas de borracha também estéreis. Prosseguindo, foram dispostos na mesa cirúrgica e mesa auxiliar os panos de campo, assim como os protetores para mangueiras e refletor, todos estéreis; sendo o campo fenestrado reservado para posterior disposição sobre o corpo do paciente, deixando somente a área cirúrgica exposta (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021).

Figura 100 - Imagem do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 101 - Evidenciação de abaulamento de cortical vestibular superior direita.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Após estar pronta para receber os instrumentais cirúrgicos, foi montada a mesa principal com todos os materiais que seriam ou poderiam ser usados na cirurgia (Figura 102): pinça hemostática para degermação, pinça Backhaus para apreensão da mangueira do sugador cirúrgico, carpule com refluxo, agulha curta, 2 tubetes de articaína 4% + epinefrina 1:100.000, afastador de Minessota, abaixador de língua Bruenings, cuba para soro, soro fisiológico 0,9%, cabo de bisturi n° 3, lâmina n° 15, descolador de Molt n° 9, espátula 7, tesoura Metzemberaum, pinça hemostática Halstead Mosquito reta e curva, pinça hemostática Kelly reta e curva, fórceps

n° 44, alavancas Seldin infantil (reta n° 2, 1R E 1L), cureta de Lucas 85 e 86, lima Seldin para osso, brocas (PM6, 701,702 e 703), mangueira de borracha, sugador cirúrgico descartável, porta-agulha Mayo-Hegar, fio de sutura agulhado de seda 3-0, agulha circular ½, com secção triangular cortante e tesoura Goldman Fox reta e curva (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021). O anestésico, cloridrato de articaína, foi utilizado devido a evidências científicas hodiernas expostas em revisões sistemáticas de literatura e metanálise de que esse anestésico não possui diferença de ocorrência de efeitos adversos após seu uso, quando comparado ao cloridrato de lidocaína em crianças, com vantagem sobre a lidocaína referente ao quesito conforto, relacionado a menos dor, referida pelos pacientes, no pós-operatório (TONG et al., 2018).

Figura 102 - Mesa cirúrgica montada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Após montada a mesa principal, eu a cobri com o campo fenestrado para que o paciente não se assustasse ao ver os materiais sobre a mesa e principalmente a carpule com a agulha, pois ele tinha medo, e então pedi para meu colega/auxiliar chamar o paciente para que ele adentrasse ao centro cirúrgico e se assentasse na cadeira odontológica. Após assentar-se, foi oferecido um bochecho antisséptico com digluconato de clorexidina 0,12% para que ele bochechasse durante 60 segundos, com o intuito de redução da microbiota bucal residente e consequentemente menor potencial de contaminação da ferida no pós-cirúrgico (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021). Já sabendo do medo de agulha que o paciente relatou possuir na anamnese, fui conversando com ele e já o deixando mais à vontade e tranquilo, usando assim a técnica da distração. Assim, após realizado o bochecho, promovi antisepsia extraoral, com auxílio de uma pinça hemostática com gaze presa em sua ponta e embebida em clorexidina 2%, na região

perioral, sempre do centro para a periferia. Terminado a etapa da antisepsia, foi disposto sobre o paciente o campo fenestrado que estava reservado, cobrindo os materiais que estavam sobre a mesa, para quando ele entrasse não visse os materiais, o que poderia complicar o manejo devido ao comportamento advindo do medo de agulha que o paciente disse possuir. Coberto com o campo fenestrado, foi posicionada e presa a pinça Backhaus junto a sua roupa para a colocação da mangueira de borracha na bomba a vácuo e no sugador descartável (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021).

Em seguida, o auxiliar foi realizar a degermação de suas mãos e colocação do capote cirúrgico enquanto eu realizava a anestesia do paciente (Figura 103). Antes de iniciar a anestesia, conversei com o paciente e disse-lhe que iria incomodar e doeria somente um pouquinho, mas passaria rápido, seguindo a regra de manejo em odontopediatria. Avisei que demonstraria como seria a anestesia e então peguei alguns fios de cabelo (sobre o campo cirúrgico para não contaminar a luva) e puxei um pouquinho exercendo leve pressão para demonstrar como seria a dor e ele então ficou bem tranquilo; ainda pedi para que ele fechasse os olhos quando eu fosse aplicar, e assim como descrito foi realizado (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 103 - Anestesia do paciente (Continua).

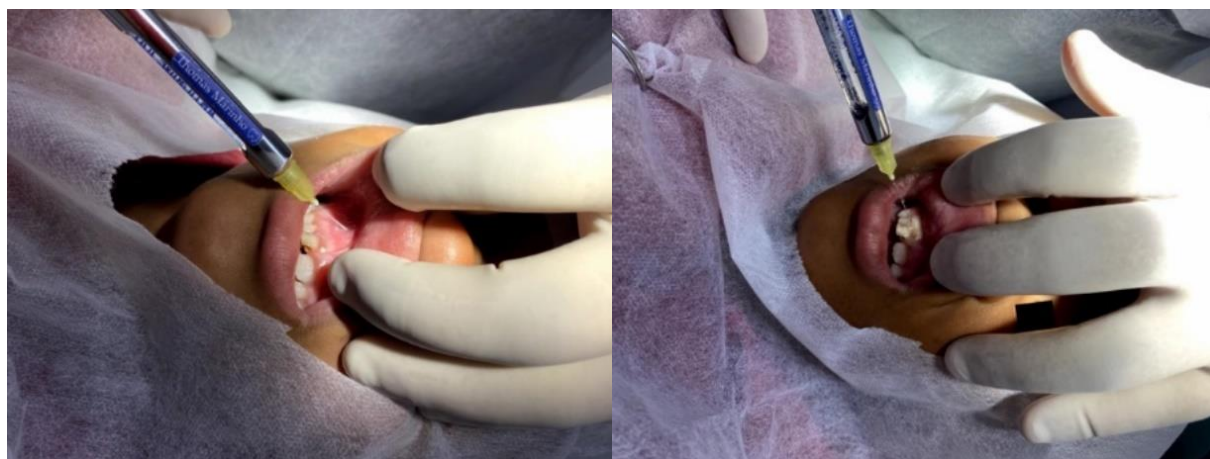


Figura 103 – Anestesia do paciente (Conclusão).

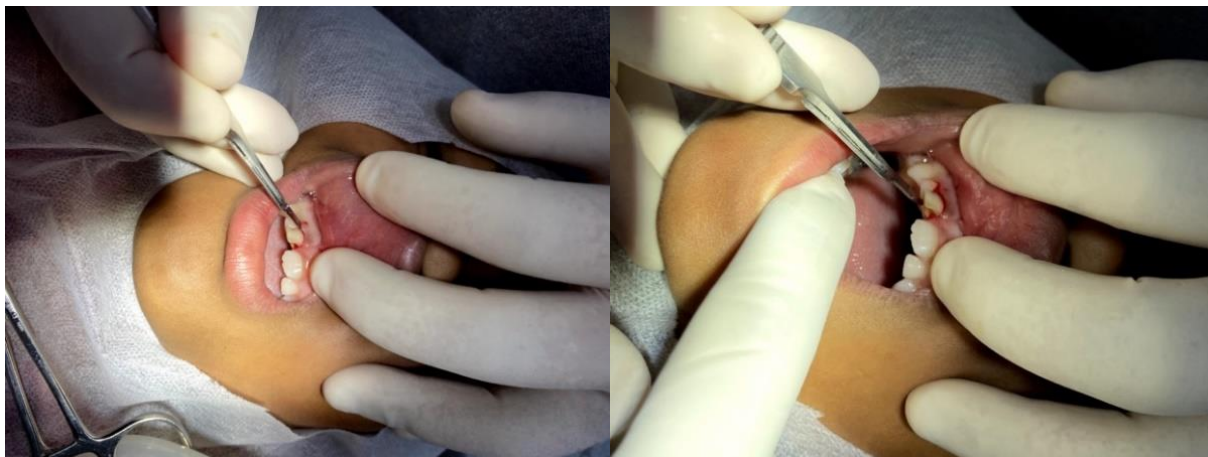


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Iniciei com a técnica supraperiosteia, e após já anestesiado evolui para a subperiosteia, utilizando 1 anestube, em fundo de saco de vestibulo, entre os dentes 51 e 52, com bisel voltado para o osso, como Malamed descreve na técnica supraperiosteia (sendo que ao mesmo tempo que adentrava no tecido injetava anestésico para maior conforto do paciente) (MALAMED, 2021). Após, segui para a técnica intrasseptal/intrapapilar, com o fim de conseguir maior hemostasia que gera uma cirurgia mais “limpa”, com melhor visualização, e com o intuito de ir caminhando para anestésiar o palato, uma vez que optei por não realizar a técnica anestésica nasopalatina devido ao paciente já possuir previamente medo de agulha e por se tratar de uma técnica que mesmo quando bem executada ainda é dolorida para o paciente. Dessa forma, foi realizada uma variação dessa técnica, anestésiano por vestibular e caminhando para palatina, com o objetivo de causar menor desconforto (MALAMED, 2021).

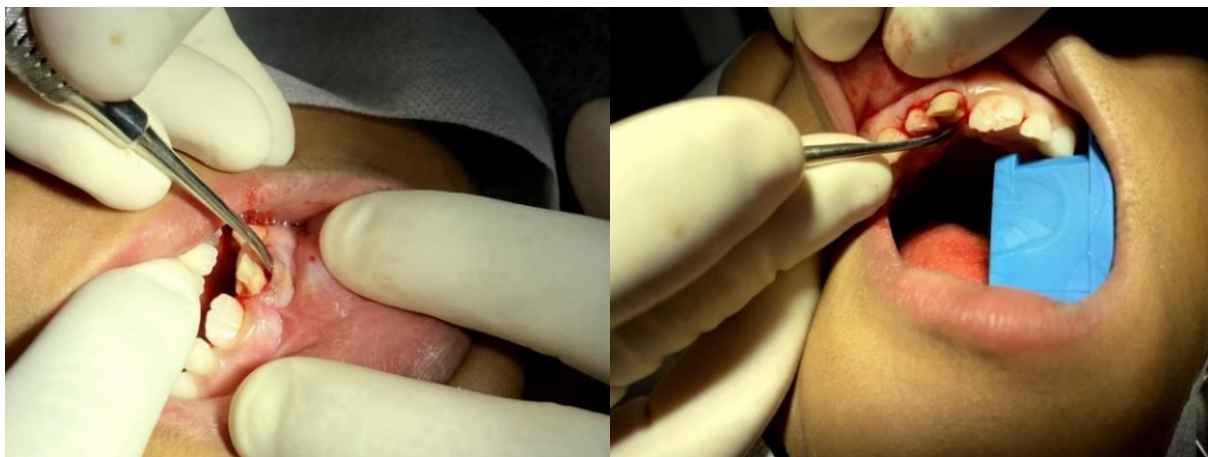
Enfim, seguimos para o procedimento cirúrgico em si. Iniciei a incisão intrassulcular nos dentes 51 e 52 (Figura 104), descolei os tecidos (gengiva e periosteio) (Figura 105) e segui para a exodontia dos elementos 52 e 51, respectivamente, nessa ordem, através da técnica proposta para exodontia por técnica fechada/exodontia de rotina (para dentes já erupcionados/com fórceps), ou seja, apreensão, luxação (movimentos no sentido vestibulo-palatal), rotação (somente em dentes unirradiculares e sem raízes com dilaceração), intrusão (somente em dentes que não estejam em contato com o seio maxilar) e remoção (Figura 106).

Figura 104 - Incisão intrassulcular.



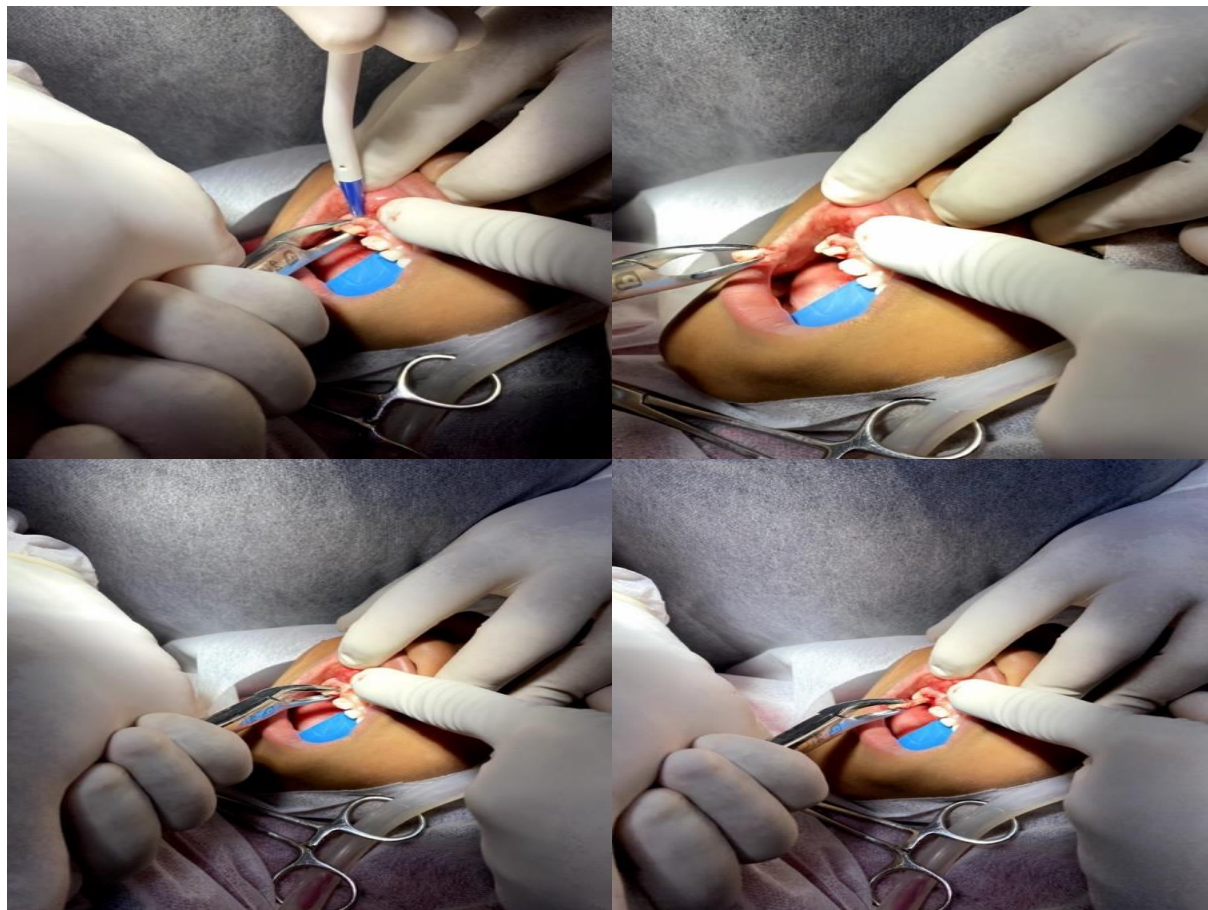
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 105 - Descolamento dos tecidos.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

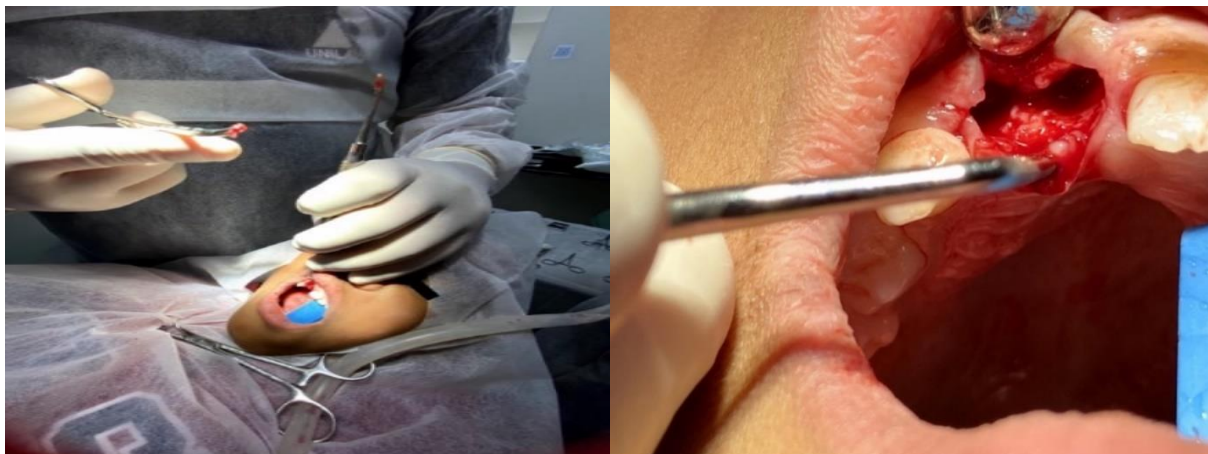
Figura 106 - Luxação e remoção dos dentes 51 e 52 com fórceps.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Após removido os dentes, procedi com o a remoção do septo ósseo que estava presente entre os elementos 51 e 52 para acesso à lesão (Figura 107). Com a cureta de Lucas, consegui curetar, trazer a lesão (Figura 108) e pinçar com uma pinça hemostática Halstead Mosquito (Figura 108), removendo toda a lesão (Figuras 109) para acondicionamento em frasco com formol a 10%, e logo após fotografada a lesão ao lado do bisturi montado (Figura 110). Seguidamente à remoção, foi lavada a loja cirúrgica com soro fisiológico 0,9% e realizada a inspeção visual, e com cureta de Lucas para ver se havia mais algum conteúdo, no entanto, foi constatado que não havia mais lesão/conteúdo cístico dentro da loja cirúrgica. Dessarte, procedeu-se com a sutura em pontos simples somente nas extremidades (Figura 111), deixando o centro livre (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021).

Figura 107 - Remoção do septo ósseo para acesso à lesão.



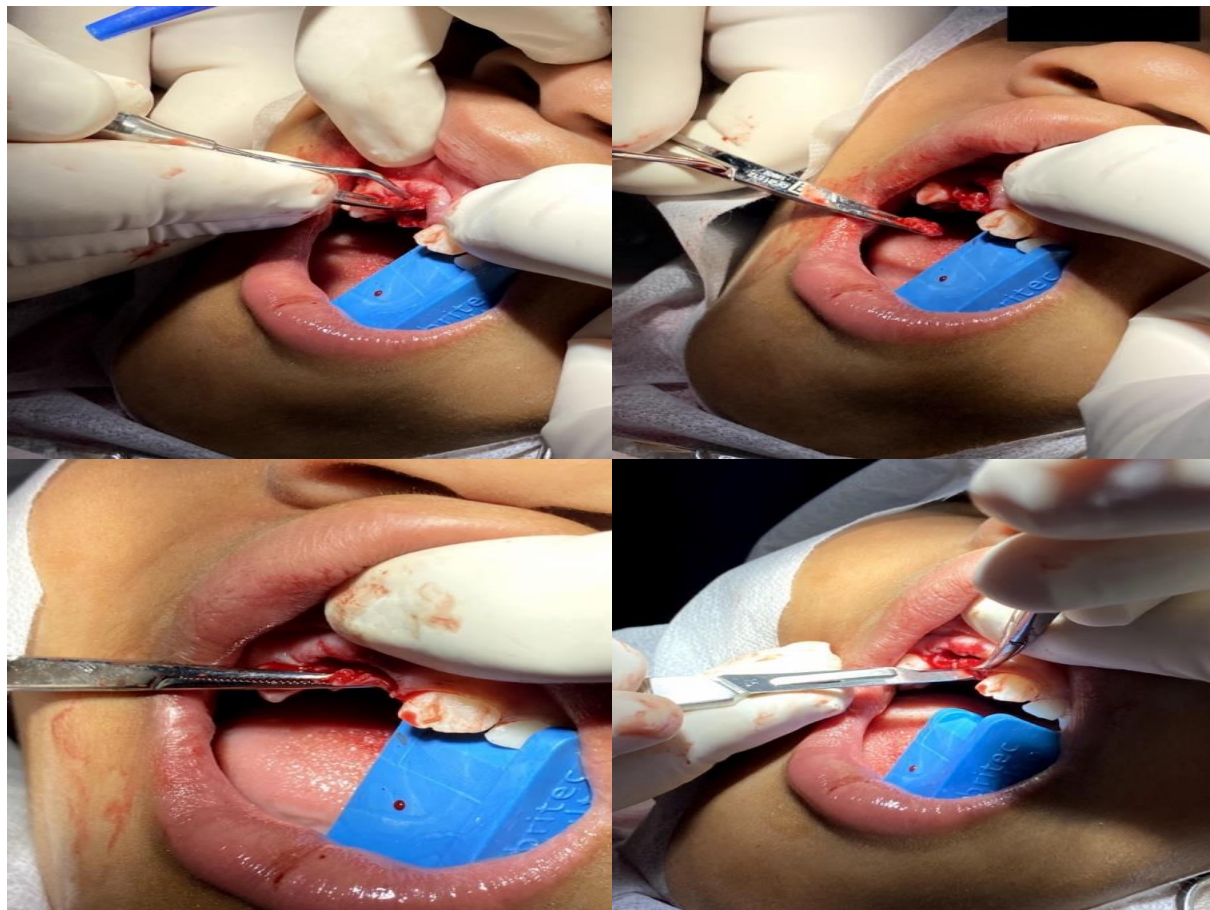
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 108 - Curetagem e apreensão da lesão.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 109 - Remoção da lesão.



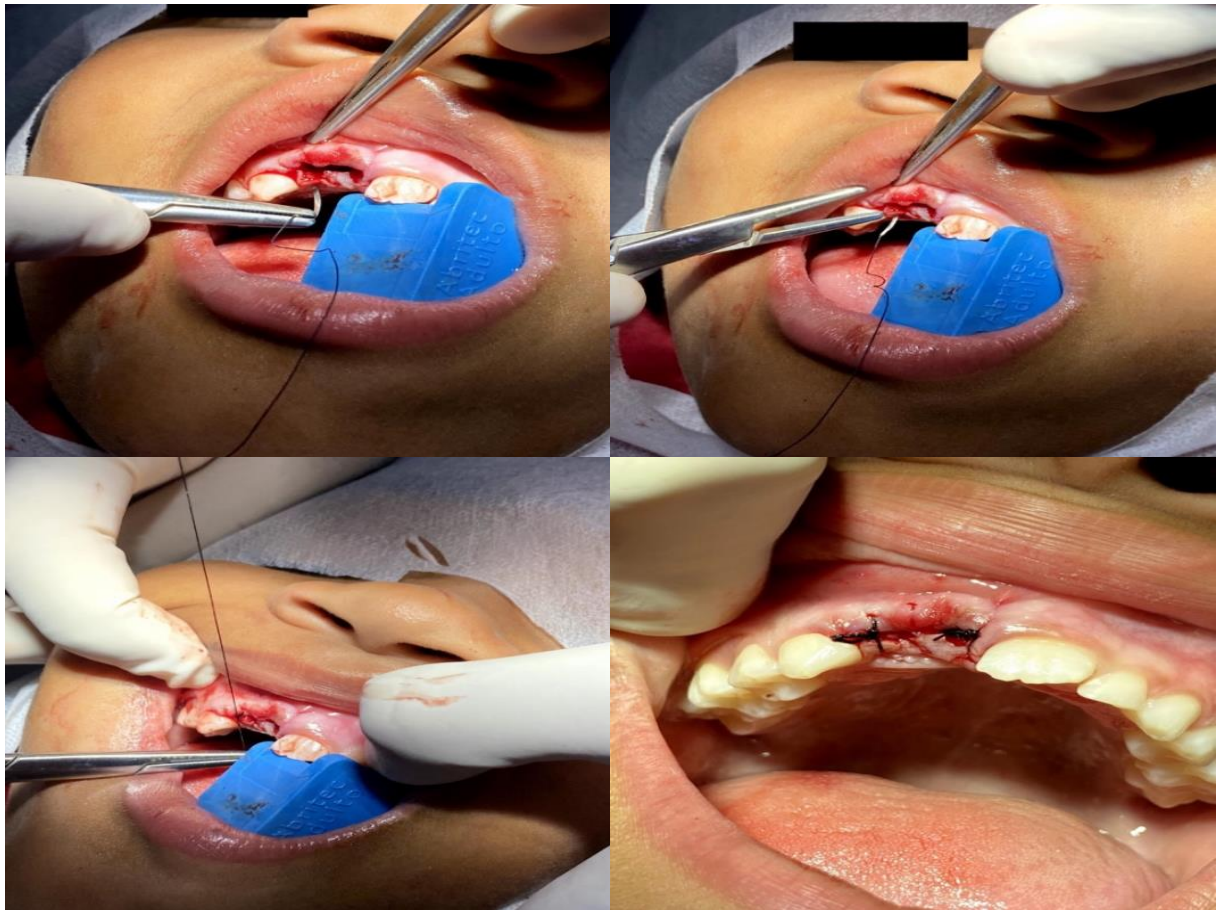
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 110 - Evidenciação da lesão antes do acondicionamento em formol a 10%.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 111 - Sutura da área incisada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Terminado o procedimento cirúrgico, foi prescrita para o paciente terapia medicamentosa com amoxicilina suspensão 500 mg/5 ml, 5 ml, de 8/8 horas, durante 7 dias, e dipirona monoidratada 500 mg/ml, 20 gotas, de 6/6 horas, por 3 dias (Figura 112), pois estes são os dias nos quais o processo inflamatório atinge seu pico de ação, ou seja, também serão os dias nos quais pode ocorrer mais dor (ANDRADE et al., 2014).

Figura 112 - Prescrição pós-operatória.

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia
Rua Paulo José Pagan, 506 - Bairro Paulo Dubois - 37203-950 - Lavras/MG
http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: (0xx____) _____

Uso INTERNO

① Amoxicilina 500mg/500mg _____ 3 faixas
Tomar 5 ml de suspensão, por via oral, de 8 em 8 horas, durante 7 dias.

② Dapirina monohidratada 500mg/ml _____ 3 faixas.
Tomar 20 gotas de 6 em 6 horas, por via oral, durante 3 dias.

Lavras, 4 de novembro de 2022. NOLAVU.

Recebi o original em ____/____/____ às ____h____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 _____, pelo telefone _____.

Assinatura do (a) paciente: _____

Nunca tome "Por Dio et Memento" - dar glória a Deus através da prestação honesta da ciência humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Ademais, foram repassadas informações de cuidados pós-operatórios e também entregue uma folha por escrito com tudo que expliquei que deve ser realizado após a cirurgia, para sanar posteriores dúvidas do paciente ou de seus familiares (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2021). O paciente também foi orientado a retornar após 7 dias para a retirada da sutura e realização de uma nova radiografia, para verificar como ficou internamente e comparar com a radiografia pré-cirúrgica.

Passados 7 dias, o paciente retornou para a retirada de sutura, apresentando boa higienização, estando os tecidos sadios, normocorados e sem sinais de infecção, já praticamente cicatrizados. Como proposto pelo professor de cirurgia, após a retirada da sutura, foi realizada nova radiografia periapical (Figura 113) para efeito de verificação do pós-cirúrgico em comparação com o pré-cirúrgico. Também foi realizado novo pedido de radiografia panorâmica para que o paciente a realizasse 1 mês após a cirurgia (Figura 114), para verificar se os dentes permanentes já estariam em curso de erupção, pois a lesão os estava retendo. Após a análise da nova radiografia panorâmica, foi observado que não havia mais lesão e estava tudo ocorrendo dentro da normalidade.

Figura 113 - Radiografia periapical - 7 dias de pós-operatório.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Figura 114 - Radiografia panorâmica com 1 mês de pós-cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com isso, após 4 meses da cirurgia, o paciente foi chamado novamente para reavaliação e nova tomada radiográfica periapical (Figura 115) da região onde se encontrava o cisto, e apresentação do laudo do exame histopatológico/anatomopatológico (Figura 116), o qual confirmou a hipótese diagnóstica de cisto folicular inflamatório. Ademais, o paciente ainda será acompanhado, pois seus dentes permanentes ainda não irromperam e, caso seja necessário, procederá com um novo procedimento cirúrgico para ganho de espaço (extração do canino decíduo 53) e/ou para colagem de botão para tracionamento, sendo a evolução do paciente que determinará a conduta a ser tomada.

Figura 115 - Radiografia periapical com 4 meses de pós-operatório.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 116 - Resultado/laudo do exame histopatológico.

 Laboratório de Anatomia Patológica
Curso de Odontologia
Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO

35/2022	Entrada:	Qualidade da Peça:	Tecido Moio
Paciente:	[REDACTED]		
Sexo: M	Idade: 9 anos	Raça:	Nacionalidade: Brasileira
Procedência: Unilavras	Clínica de Diagnóstico Unilavras	Clinico Remetente:	Profa. Natália Galvão

MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam cavidade cística virtualmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso não atóxico não hiperplásico. Subjacente na capsula fibrosa notam-se focos de intenso infiltrado inflamatório mononuclear principalmente na região subepitelial, vasos sanguíneos, áreas hemorrágicas, hemossiderose e fragmentos irregulares de tecido ósseo.

DIAGNÓSTICO: C/C CISTO FOLICULAR INFLAMATÓRIO.

Lavras, 28 de fevereiro de 2023


Prof. Dr. Natália Galvão Garcia
Patologista Bucal
CROMG - 56425

Rua Pedro José Poggel, 506 - Centro, Lavras - MG, 37200-000

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação do aluno Gabriel Damaceno Ribeiro Santana

No decorrer desses quase 5 anos, fui apaixonando pela profissão, eu pude ver como um sorriso muda a vida de uma pessoa, e sinto que me encontrei profissionalmente. Eu conheci pessoas incríveis que pretendo levar para a minha vida, e cada experiência, cada aprendizado, cada técnica aprendida com os professores, tudo foi de grande importância para minha vida pessoal e profissional.

Espero que meu futuro seja muito próspero e feliz e que a Odontologia possa atender a todas as minhas expectativas, pois a Odontologia para mim vai além de ganhar dinheiro, e também sei que a vida para um recém-formado não é nada fácil, mas isso faz parte dos prazeres e dádivas da vida.

Parando para analisar a minha trajetória até aqui, eu pude perceber o quanto amadureci e o quanto a odontologia marcou minha vida, eu entrei para a faculdade apreensivo e terminei me sentindo mais confiante comigo mesmo e me sentindo mais confiante na profissão, e além disso, os amigos e os conhecimentos adquiridos durante todo esse período, são coisas que levarei para sempre em meu coração. Para mim foi uma honra estudar e me formar no UNILAVRAS.

3.2 Autoavaliação do aluno Gabriel Ferreira Fonseca

Ao longo dos últimos 5 anos, tive a honra de cursar Odontologia no UNILAVRAS. Durante essa jornada, enfrentei desafios e experimentei um crescimento pessoal e profissional significativo, adquirindo conhecimentos, habilidades e valores essenciais para me tornar um profissional competente e ético nessa área.

No que diz respeito às habilidades práticas, tive a oportunidade de colocar em prática o que aprendi por meio de estágios clínicos e atividades em laboratório. Gradualmente, fui aprimorando minha destreza manual, aprendendo técnicas de manuseio de instrumentos, realização de procedimentos odontológicos e atendimento aos pacientes. Com supervisão e orientação dos professores, pude desenvolver habilidades de comunicação, empatia e ética

profissional, fundamentais para estabelecer uma relação de confiança com os pacientes e oferecer um tratamento odontológico de qualidade.

Embora esteja satisfeito com a minha trajetória acadêmica, reconheço que sempre há espaço para crescimento contínuo. Desejo me aprimorar nas áreas em que sinto que tenho mais dificuldades, buscando oportunidades de aprendizado e atualização constantes para fornecer um tratamento cada vez mais completo e eficaz aos pacientes.

Além disso, pretendo investir no desenvolvimento de competências não apenas clínicas, mas também de gestão e empreendedorismo. Entendo que a administração de consultórios e a capacidade de lidar com aspectos financeiros e de *marketing* são cruciais para o sucesso profissional.

Acredito que minha formação em Odontologia me proporcionou uma base sólida para iniciar minha carreira profissional. Sinto-me confiante em minhas habilidades e conhecimentos, mas também ciente da importância de continuar aprendendo e me atualizando ao longo dos anos. Estou motivado e entusiasmado para contribuir positivamente para a saúde bucal da comunidade, oferecendo um atendimento de qualidade, baseado em evidências científicas e centrado no paciente.

3.3 Autoavaliação do aluno Gabriel Nolli Teixeira Fiorini Martins

Durante esses 5 anos no curso de Odontologia tive oportunidade de adquirir conhecimentos teóricos e práticos essenciais para poder seguir a minha carreira na profissão. Houve momentos de angústia, medo, porém, foram apenas fases que já se passaram, e hoje tenho orgulho da trajetória que tracei e de todos que me ajudaram a chegar até aqui. Hoje, ser cirurgião-dentista, para mim, vai além de um sonho que começou há 5 anos, pois consigo entender que, mesmo sem nunca pensar em fazer Odontologia, Deus já havia traçado o meu caminho. Olho para trás e reflito que ser dentista é levar saúde, devolver autoestima e, principalmente, um sorriso sincero e verdadeiro ao paciente. Vejo o quão importante foi tudo que vivi e presenciei para seguir em frente, e assim a cada dia que passa tenho a certeza de que estou no caminho certo.

3.4 Autoavaliação do aluno Otávio Henrique Ribeiro Xisto

Concluo essa etapa da minha vida comparando, metaforicamente, um jogador de futebol com o cirurgião-dentista.

Assim como numa partida de futebol o jogador tem que estar preparado para aquele momento, o cirurgião-dentista deve estar preparado para o atendimento de seus pacientes. Nenhum jogador, por mais talentoso que seja, alcança o êxito e o sucesso máximo em seu esporte caso não treine e trabalhe duro para tal objetivo. O mesmo serve para a profissão que me aguarda: não adianta eu ter o maior talento manual do mundo para praticar a Odontologia, se eu não me esforçar para isso. E isso eu posso dizer, com toda certeza, que o esforço que fiz valeu muito a pena.

Durante esses 5 anos em que passei na graduação de Odontologia no UNILAVRAS, defino com uma palavra essa minha etapa: resiliência. Definida na literatura como capacidade de quem se adapta às intempéries, às alterações ou aos infortúnios; tendência natural para se recuperar ou superar com facilidade os problemas que aparecem, foi de suma importância durante um cenário que incomodou bastante toda a população: a pandemia da COVID-19.

Sentimentos de dúvidas, insegurança e incertezas foram trazidos à tona para um jovem no seu segundo ano de faculdade, os quais poderiam colocar por água abaixo toda essa nova fase que está prestes a ser concluída. Contudo, o apoio dos meus familiares, associado a todo suporte que o UNILAVRAS nos deu durante essa fase, foi fundamental para que eu seguisse firme e vencesse. Em contrapartida aos sentimentos citados, novos foram surgindo quando retornaram as práticas laboratoriais e iniciaram os atendimentos clínicos: alegria, vontade, persistência e fé.

Para um jogador de futebol se tornar especialista em cobranças de falta, por exemplo, horas e horas de treinos, que não são vistas, são realizadas. Assim como para uma restauração em resina composta ficar com toda anatomia adequada ou um provisório ficar bem adaptado, não vai ser simplesmente do dia para a noite que serão realizados com êxito. Por isso, reafirmo que todas as horas que estava indo ao consultório da minha mãe acompanhá-la nos atendimentos, idas para treinar preparos e restaurações, monitorias nas áreas de prótese parcial fixa, cirurgia e dentística nas clínicas e laboratórios do UNILAVRAS, livros e mais livros lidos sobre diversos assuntos sobre Odontologia, idas a congressos presenciais e online, valeram a pena para chegar onde cheguei, e sei que falta muito ainda para aonde desejo chegar.

Uma nova etapa me aguarda, na qual autoestimas serão devolvidas, saúdes serão reestabelecidas e novos sorrisos serão espalhados, tudo graças a essa linda profissão: a Odontologia.

3.5 Autoavaliação do aluno Thomas Rodrigo Marinho Martins

Neste momento me encontro, acredito, com a tarefa mais difícil para qualquer ser humano, que é se autoavaliar, pois quando olhamos para dentro de nós mesmos encontramos uma vastidão de atos e ações realizadas, mescladas com sentimentos, sendo estes últimos elementos que talvez tornem essa tarefa tão difícil. No entanto, essa dificuldade se torna irrelevante pelo fato de que hoje consigo enxergar que me tornei uma pessoa melhor, e ainda tenho a responsabilidade e habilidade para poder tornar a vida do meu próximo melhor, fato que ainda não estava totalmente claro em minha mente há 5 anos, ou seja, quando estava iniciando o curso de Odontologia no UNILAVRAS. Quero citar aqui também, que sem a ajuda de Deus eu não teria chegado até aqui nesse momento, pois foi Ele quem me possibilitou sair da depressão na qual estava há 5 anos atrás e me ofereceu tudo o que pude viver durante a graduação e o que me foi concedido e proporcionado durante esses anos, pois sem a sua graça nada disso seria possível, sejam acontecimentos bons, ruins, dificuldades, alegrias e tristezas, sendo através disso que pude crescer e aprender; principalmente naqueles momentos em que fui retirado da minha zona de conforto.

Com toda a certeza, devo expor a importância dessa graduação em minha vida, pois sou o primeiro membro da minha família a estar concluindo um curso de nível superior. Ademais, além da importância de toda bagagem teórica que tive ao longo dos anos na faculdade, hoje posso observar a importância que os estágios pelos quais passei teve em minha vida, pois enquanto estagiava pude ver e me inserir na prática real e diária da Odontologia, sendo que esses fatos me construíram de uma forma da qual me recuso a voltar a ser quem eu era antes do início desse curso de graduação, que estou agora completando. Todas as matérias lecionadas pelos professores, dificuldades teóricas, práticas e clínicas, convivência com os pacientes, ouvir e saber de suas histórias pessoais, dificuldades, dores, alegrias e satisfação com o término de cada etapa de tratamento realizada para melhora de sua saúde bucal e sistêmica, fazem-me hoje pensar que se não tivesse escolhido iniciar o curso de Odontologia em 2019, talvez ainda estaria perdido e mergulhado na depressão que tive desde 2013, em um momento incerto da minha

vida, no qual eu não achava o sentido de servidão ao próximo que a profissão Odontologia me trouxe hoje; o que sempre acreditei que é o que nos torna cada vez mais humanos e aptos a cuidar do outro. Isso tudo, me remete diretamente a pensar o que seria de mim se não tivesse escolhido esse curso e profissão tão digna que é a Odontologia.

Hoje posso observar a importância de todo conhecimento teórico, prático e humano que adquiri durante minha graduação durante as clínicas e estágios, pois isso me construiu como melhor pessoa e profissional. Também quero citar o estágio que pude fazer na Santa Casa de Misericórdia de Lavras, pois com toda certeza, a vivência nesse estágio me transformou profundamente, uma vez que aqui pude ver que a Odontologia pode muito mais que transformar sorrisos, mas também gerar melhor qualidade de vida para pacientes com defeitos faciais severos, distúrbios do sono, correção de fissuras labiopalatinas, além de vários outros procedimentos mais complexos que são realizados em ambiente cirúrgico hospitalar. Tudo isso pelo que pude percorrer e vivenciar me faz hoje olhar para trás e ver o quanto cresci e aperfeiçoei, não só em técnicas, mas no quesito principal, que é saber entender, ouvir e dar a requerida atenção ao paciente.

Dessarte, arrisco-me a dizer, sem nenhuma culpa ou remorso, parafraseando o grande cientista e físico que revolucionou o mundo em que vivemos, Sir Isaac Newton: “Se hoje enxergo mais longe, foi porque estive sobre os ombros de gigantes”. Realmente, até aqui tive o privilégio de poder caminhar junto a gigantes da Odontologia, e espero que Deus me proporcione um futuro com outros gigantes, pois somente ao lado dos bons podemos ser melhores. Enfim, já encerrando essa autoavaliação, com grande emoção e sentimento de alegria em lembrar e rever em minha mente tantas recordações excelentes que tive nesse período que cursei Odontologia no UNILAVRAS, verteram de minha mente, como um filme, momentos durante a escrita dessa autoavaliação, sendo que isso me faz ter ainda mais certeza de que fiz a escolha correta do curso, instituição de ensino e locais para estágios nos quais estive nesses últimos 5 anos.

4 CONCLUSÃO

Chegamos até aqui com a certeza de que hoje somos melhores e mais capacitados do que há 5 anos. Durante esses 5 anos cursando Odontologia, foram-nos proporcionados muitos aprendizados, alegrias, humanização, capacitação, desenvolvimento intelectual e pessoal, somando a tudo isso nossa realização profissional através dessa profissão espetacular que é a Odontologia e a melhoria de vida que ela pode proporcionar para as pessoas.

Através do desenvolvimento deste portfólio, unimo-nos ainda mais como um grupo não só de amigos, pois sabemos que a habilidade de trabalho em grupo será importantíssima para que possamos nos comunicar e trabalhar bem dentro de uma equipe de saúde, seja ela constituída somente de dentistas ou multidisciplinar. Atualmente, podemos dizer que podemos ajudar ao próximo, podemos retirar e resolver, ao menos, uma parcela dos seus incômodos, proporcionando qualidade de vida e saúde por onde passarmos, tudo isso graças aos ensinamentos proporcionados com tanta primazia e dedicação por nossos professores, durante o curso de Odontologia no UNILAVRAS.

Concluimos que, através do que nos foi repassado durante esses 5 anos de curso, por nossos mestres e doutores, sejam através de técnicas e princípios, podemos hoje dizer que estamos preparados para promover saúde e ajudar o próximo, primando sempre pela tríade: saúde, função e estética. Assim sendo, sabemos que, para isso, teremos de nos manter fiéis à ciência, buscando sempre atualizar e aprimorar nossos conhecimentos, habilidades e técnicas, pois o ser humano deve ser visto como um todo, único e individual, e não em partes isoladas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. K. P.; OLIVEIRA, J. DOS S. DE. **Resposta tecidual frente a diferentes fios de sutura em procedimentos cirúrgicos odontológicos.** DSpace JSPUI, 2022. p. 1-22.

Disponível em:

<<https://dspace.doctum.edu.br/bitstream/123456789/4436/1/RESPOSTA%20TECIDUAL%20FRENTE%20A%20DIFERENTES%20FIOS%20DE%20....pdf>>. Acesso em: 10 maio 2023.

ANDRADE, E. D. DE et al. **Farmacologia, anestesiologia e terapêutica em odontologia.** São Paulo: Grupo A, 2013. 160 p.

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

BERMAN, L. H.; HARGREAVES, K. M.; ROTSTEIN, I. **Cohen - Caminhos da Polpa.** Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. 968 p.

BEZERRA, L. G. **Análise comparativa da ação antimicrobiana do hipoclorito de sódio a 2,5% na forma líquida e em gel frente ao *E. faecalis*, *C. albicans* e *E. coli*.** 2022. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

BLANCO, J. et al. Implant placement in fresh extraction sockets. **Periodontology 2000**, [Malden], v. 79, n. 1, p. 151-167, Feb. 2019.

BRAGA, M. S. et al. **Radiologia e imagiologia odontológica.** Porto Alegre: Grupo A, 2022. 264 p.

BRAMBILLA, T. F. G.; FABRIS, A. L. DA S. Comunicação buco sinusal: do manejo clínico a abordagem cirúrgica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 9, p. 1355–1365, set. 2022.

CAMPOS, F. DE A. T. et al. Sistemas rotatórias e reciprocantes na endodontia. **Revista Campos do Saber**, Cabedelo, v. 4, n. 5, p. 189-212, out./nov. 2018.

COELHO, S. K. DO N. et al. A utilização dos anestésicos locais em odontologia: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-18, jan. 2021.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Caminhos da polpa**. 9º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

DAMO, D. **Cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura e relato de caso de dimensão incomum na denteição decidua**. 2021. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

EZAZI, M. et al. Autonomous-strengthening adhesive provides hydrolysis-resistance and enhanced mechanical properties in wet conditions. **Molecules**, [Basel], v. 27, n. 17, Aug. 2022.

FEHRENBACH, M. J.; POPOWICS, T. **Anatomia, histologia e embriologia dos dentes e das estruturas orofaciais**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. 368 p.

FIGUEIREDO, B. et al. Riscos e benefícios do uso de medicação intracanal no controle microbiano em retratamentos endodônticos - relato de caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 50, 2021.

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

HUPP, J. R.; ELLIS, J. R.; TUCKER, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. 696 p.

KADEMANI, D.; TIWANA, P. S. **Atlas de cirurgia oral e maxilofacial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. 1136 p.

KALSI, H. J. et al. Crown Lengthening surgery: An overview. **Primary Dental Journal**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 48-53, Jan. 2020.

KATTADIYIL, M. T.; ALZAID, A. A.; CAMPBELL, S. D. The relationship between centric occlusion and the maximal intercuspal position and their use as treatment positions for complete mouth rehabilitation: best evidence consensus statement. **Journal of Prosthodontics**, [Hoboken], v. 30, n. S1, p. 26-33, Apr. 2021.

LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. DE T. **Tratamento de canais radiculares**. Rio de Janeiro: Grupo A, 2017. 480 p

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

MARQUES, N. P. et al. Inflammatory follicular cysts associated to necrotic primary teeth. **European Archives of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 279-285, Aug. 2017.

MILORO, M. et al. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 2020. 1230 p.

MONTAGNER, F.; LUISI, S. B. Endontia pré-clínica. *In: Morfologia Dentária e Abertura Coronária*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2020. 136 p.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912 p.

PEGORARO, L. F. **Fundamentos de prótese fixa**. São Paulo: Grupo A, 2014. 144 p.

PEREIRA, K. D. P et al. Uso de localizador apicais: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 60594-60603, jun. 2021.

POGREL, M. A.; KAHNBERG, K.-E.; ANDERSON, L. **Cirurgia bucomaxilofacial**. Santos: Grupo GEN, 2016. 1103 p.

PURICELLI, E. **Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 160 p.

ROSA, M. M. DE F.; LIMA, C. F. S. K. Comunicação – bucosinusal. **Revista Científica Unilago**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 1, p. 1-8, dez. 2022.

SETHI, A. et al. Bilateral nonsyndromic cystic lesions involving impacted teeth: nomenclature and diagnostic protocol. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 429-432, July/Aug. 2020.

TESTORI, T. et al. Implant placement in the esthetic area: criteria for positioning single and multiple implants. **Periodontology 2000**, [Malden], v. 77, n. 1, p. 176-196, June 2018.

TONG, H. J. et al. Anaesthetic efficacy of articaine versus lidocaine in children's dentistry: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry**, [Malden], v. 28, n. 4, p. 347-360, July 2018.

VITOR, L. L. R. et al. Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. **Salusvita**, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, jul. 2020.

WATANABE, P. C. A.; ARITA, E. S. **Imaginologia e radiologia odontológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 568 p.

WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. **Radiologia oral: Fundamentos e interpretação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

XAVIER, A. M. et al. A importância do acompanhamento radiográfico no tratamento endodôntico de dentes com lesão periapical. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 2, p. 120, 2019.