



**UNILAVRAS**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

**CAMILA MORAES LAMOUNIER  
GABRIELLA ALVES ROCHA  
INGRIDY MAISA LIMA DE CARVALHO  
ISTEFANY LAISA LIMA DE CARVALHO  
MARIANA SILVA DE CARVALHO**

**LAVRAS-MG  
2025**

**CAMILA MORAES LAMOUNIER  
GABRIELLA ALVES ROCHA  
INGRIDY MAISA LIMA DE CARVALHO  
ISTEFANY LAISA LIMA DE CARVALHO  
MARIANA SILVA DE CARVALHO**

## **PORTFÓLIO ACADÊMICO**

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

**PROFESSOR (A)**  
**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata de Carvalho Foureaux**

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

L236p Lamounier, Camila Moraes.  
Portfólio acadêmico / Camila Moraes Lamounier, Gabriella Alves  
Rocha, Ingridy Maisa Lima de Carvalho, Istefany Laisa Lima de  
Carvalho, Mariana Silva de Carvalho. – Lavras Unilavras. 2025.

95f.: il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras,  
Lavras, 2025.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Renata de Carvalho Foureaux.

1. Prótese. 2. Dens Invaginatus. 3. Frenectomia. I. Rocha,  
Gabriella Alves. II. Carvalho, Ingridy Maisa Lima de. III. Carvalho,  
Istefany Laisa Lima de. IV. Carvalho, Mariana Silva de. V. Foureaux,  
Renata de Carvalho. ( Orient. ). VI. Título.

**CAMILA MORAES LAMOUNIER  
GABRIELLA ALVES ROCHA  
INGRIDY MAISA LIMA DE CARVALHO  
ISTEFANY LAISA LIMA DE CARVALHO  
MARIANA SILVA DE CARVALHO**

## **PORTFÓLIO ACADÊMICO**

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

**Apresentado em: 31/10/2025**

## **MEMBROS DA BANCA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata de Carvalho Foureaux

Prof<sup>ª</sup>. Me. Chrystiani Souza Paiva Capelli

Prof<sup>ª</sup>. Me. Myrian Ribeiro Diniz de Rezende

Com o coração cheio de gratidão, dedicamos este portfólio a Deus, por ser nosso guia e força em cada passo. À nossa família, pelo amor que sustenta e inspira. Aos amigos, pela presença que torna o caminho mais leve. E aos mestres, por cada palavra e ensinamento que deixaram marcas eternas em nossa jornada.

## AGRADECIMENTOS

Este portfólio é mais do que a conclusão de uma etapa acadêmica, é uma expressão de gratidão. A Deus, dedicamos primeiramente este marco, pois foi Ele quem sustentou cada passo da nossa caminhada. Em meio às dificuldades, foi Sua presença que nos fortaleceu, renovando nossas forças quando o cansaço nos alcançava e acalmando nossos corações diante das incertezas. A Ele rendemos honra por cada conquista, cada aprendizado e cada superação. Sem Sua graça, nada disso teria sido possível.

Manifestamos nossa mais profunda gratidão à Professora Renata de Carvalho Foureaux, orientadora deste trabalho, por sua dedicação, por nos conduzir com sensibilidade, firmeza e generosidade ao longo de todo o processo. Sua orientação foi acolhimento e inspiração. Seu comprometimento conosco refletiu-se diretamente na qualidade deste trabalho e permanecerá como exemplo em nossa futura trajetória profissional.

Agradecemos também a todos os professores que fizeram parte da nossa formação, em especial aos citados neste portfólio, cada qual contribuindo de maneira singular para o nosso desenvolvimento acadêmico e pessoal. A soma de seus ensinamentos foi essencial para que compreendêssemos a responsabilidade que é cuidar de pessoas. Levar conosco o legado de cada um é uma honra e uma motivação para seguirmos sempre buscando excelência e ética.

Nosso reconhecimento se estende aos funcionários da clínica e da esterilização, cuja atuação discreta, porém absolutamente indispensável, garantiu a estrutura e o suporte necessários para o bom andamento das atividades clínicas. A atenção e o cuidado com os detalhes, sempre com disposição e profissionalismo, foram pilares silenciosos, mas fundamentais, da nossa experiência prática.

Registramos nossa sincera gratidão aos pacientes que confiaram em nós e nos permitiram participar de suas histórias de vida e cuidado. Cada atendimento foi uma oportunidade ímpar de aprendizado técnico e humano. Agradecemos também aos colegas de classe, com quem dividimos jornadas desafiadoras e momentos de conquista. A troca constante, a parceria e o companheirismo foram essenciais para tornar essa caminhada mais leve, significativa e inesquecível. E por fim, com imensa gratidão, nosso reconhecimento ao Centro Universitário de Lavras, por ter sido o espaço que acolheu nossa formação e crescimento ao longo desses anos.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Situação periodontal inicial.....	18
Figura 2 – Radiografias periapicais. ....	19
Figura 3 – Radiografias Bite Wing. ....	19
Figura 4 – Desenhos da arcada superior. ....	22
Figura 5 – Desenhos da arcada inferior.....	23
Figura 6 – Nichos dentários. ....	24
Figura 7 – Elementos escolhidos e estrutura metálica superior. ....	25
Figura 8 – Enceramento diagnóstico montado em ASA. ....	26
Figura 9 – Prova em cera.....	26
Figura 10 – PPR superior e inferior acrilizadas.....	27
Figura 11 – Paciente sem e com PPR.....	28
Figura 12 – Radiografia panorâmica. ....	30
Figura 13 – Molde anatômico.....	32
Figura 14 – Modelo anatômico. ....	33
Figura 15 – Moldeira individual superior e inferior.....	35
Figura 16 – Molde funcional.....	36
Figura 17 – Confecção do modelo funcional.....	36
Figura 18 – Planos de orientação e base de prova superior. ....	37
Figura 19 – Ajuste da dimensão vertical.....	39
Figura 20 – Planos de orientação ajustados. ....	39
Figura 21 – Escolha da cor dos dentes. ....	40
Figura 22 – Escolha do modelo dos dentes. ....	41
Figura 23 – Montagem dos modelos funcionais em ASA. ....	42
Figura 24 – Dentes montados nos planos de cera. ....	42
Figura 25 – Entrega das próteses totais.....	44
Figura 26 – Carta de encaminhamento da fonoaudióloga.....	47
Figura 27 – Freio lingual e formato em coração da língua. ....	48
Figura 28 – Anestesia do freio lingual do lado direito na região do ventre da língua. ....	51
Figura 29 – Tracionamento da língua utilizando fio de sutura. ....	52
Figura 30 – Incisão do freio lingual. ....	52
Figura 31 – Procedimento para correção do freio lingual.....	54
Figura 32 – Sutura realizada com fio reabsorvível, contendo 3 pontos simples.....	55

Figura 33 – Aspecto clínico após sete dias da cirurgia. ....	56
Figura 34 – Resultado da cicatrização após 14 dias de cirurgia. ....	56
Figura 35 – Radiografia convencional periapical do dente 12. ....	59
Figura 36 – Classificações do Dens Invaginatus .....	61
Figura 37 – Radiografia periapical e exame clínico. ....	62
Figura 38 – Documento contendo o resultado da tomografia. ....	63
Figura 39 – Tomografia computadorizada. ....	64
Figura 40 – Laudo constatando Dens Invaginatus. ....	65
Figura 41 – Dente 12 obturado e lesão periapical em processo de regressão. ....	67
Figura 42 – Dente 12 com completa regressão da lesão periapical. ....	68
Figura 43 – Apresentação do caso clínico na JOME. ....	69
Figura 44 – Radiografia interproximal e oclusal. ....	74
Figura 45 – Fotografia frontal da situação inicial da paciente .....	76
Figura 46 – Fotografia da moldagem na paciente. ....	77
Figura 47 – Moldes e modelos de gesso das arcadas. ....	78
Figura 48 – Macromodelo da dentição decídua. ....	79
Figura 49 – Confeção do dente artificial. ....	79
Figura 50 – Prova da estrutura metálica. ....	80
Figura 51 – Prova da estrutura com o dente fixado. ....	80
Figura 52 – Dente artificial fixado no pino metálico. ....	81
Figura 53 – Aparelho cimentado com os dentes em oclusão. ....	82
Figura 54 – Sorriso final da paciente. ....	83
Figura 55 – Aparelho sem a grade palatina. ....	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	Articulador semi ajustável
ATMs	Articulação temporomandibulares
DV	Dimensão vertical
DVO	Dimensão vertical de oclusão
EFL	Espaço funcional livre
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FL	Freio lingual
HSV-1	Herpes Simplex Virus tipo 1
JOME	Jornada Mineira de Estomatologia
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPR	Prótese parcial removível
PR	Paraná
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PT	Prótese total
TC	Tomografia Computadorizada
TCFC	Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Apresentação das atividades desenvolvidas pela Aluna Camila Moraes Lamounier .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Desenvolvimento das atividades .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Gabriella Alves Rocha .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Desenvolvimento das atividades .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ingridy Maisa Lima de Carvalho.....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Desenvolvimento das atividades .....</b>	<b>46</b>
<b>2.4</b>	<b>Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Istefany Laisa Lima de Carvalho.....</b>	<b>57</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Desenvolvimento das atividades .....</b>	<b>58</b>
2.4.1.1	A importância da radiografia e da tomografia de alta resolução para o diagnóstico de Dens Invaginatus .....	61
2.4.1.2	Endodontia em Dens Invaginatus .....	66
2.4.1.3	Participação do caso clínico na Jornada Mineira de Estomatologia (JOME).....	68
<b>2.5</b>	<b>Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mariana Silva de Carvalho.....</b>	<b>70</b>
<b>2.5.1</b>	<b>Desenvolvimento das atividades .....</b>	<b>71</b>
<b>3</b>	<b>AUTOAVALIAÇÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>3.1</b>	<b>Autoavaliação da aluna Camila Moraes Lamounier .....</b>	<b>85</b>
<b>3.2</b>	<b>Autoavaliação da aluna Gabriella Alves Rocha .....</b>	<b>86</b>
<b>3.3</b>	<b>Autoavaliação da aluna Ingridy Maisa Lima de Carvalho .....</b>	<b>87</b>
<b>3.4</b>	<b>Autoavaliação da aluna Istefany Laisa Lima de Carvalho .....</b>	<b>88</b>
<b>3.5</b>	<b>Autoavaliação da aluna Mariana Silva de Carvalho.....</b>	<b>89</b>

4	CONCLUSÃO.....	90
	REFERÊNCIAS.....	91

## 1 INTRODUÇÃO

Este portfólio apresenta os atendimentos clínicos e as vivências adquiridas por cinco graduandas do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), destacando o amadurecimento profissional construído em equipe. Resultado de um trabalho conjunto, evidencia não apenas a aplicação de técnicas, mas uma abordagem ampla e humanizada, que integra aspectos emocionais, estéticos e funcionais, ressaltando a complexidade e a responsabilidade envolvidas no cuidado da saúde.

A acadêmica Camila Moraes Lamounier relata o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 58 anos, que compareceu à Clínica Odontológica do UNILAVRAS durante a disciplina de Clínica Integrada III, queixando-se de dor na região do palato e insatisfação com o sorriso. A avaliação clínica evidenciou a presença de estomatite herpética, ausência de múltiplos elementos dentários e exostose mandibular. Diante do quadro, foi proposto o tratamento da lesão herpética e a reabilitação funcional e estética por meio de próteses parciais removíveis (PPR) superior e inferior.

A acadêmica Gabriella Alves Rocha irá relatar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino que procurou a clínica odontológica do UNILAVRAS durante a disciplina de Clínica Integrada III, com a queixa de que a sua prótese total superior estava bamba, causando dor e atrapalhando de realizar atividades básicas do seu dia a dia. Dessa forma, neste relato serão descritos o plano de tratamento proposto e a execução do mesmo, que se resumem a confecção de um par de próteses totais, a fim de realizar a reabilitação oral da paciente, devolvendo autoestima e qualidade de vida a paciente.

A acadêmica Ingridy Maisa Lima de Carvalho relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 9 anos, que procurou a Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, acompanhado de sua mãe, após encaminhamento de uma fonoaudióloga para correção de anquiloglossia. Durante os exames, foi identificado que o paciente possuía um freio lingual curto com inserção anteriorizada. A intervenção realizada foi uma frenectomia lingual, que contribuiu para a melhoria do bem-estar do paciente.

A acadêmica Istefany Laisa Lima de Carvalho irá relatar um caso clínico de uma paciente de 19 anos com uma lesão periapical extensa no dente 12, detectada em radiografias de rotina. A avaliação clínica revelou uma cúspide em garra na face

palatina, e a Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico confirmou o diagnóstico de Dens Invaginatus Tipo I. O caso incluiu o tratamento da lesão periapical, com foco nas peculiaridades diagnósticas e desafios enfrentados, sendo apresentado na Jornada Mineira de Estomatologia.

A acadêmica Mariana Silva de Carvalho relata o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 4 anos de idade, que procurou a clínica de odontologia do UNILAVRAS, acompanhada de sua mãe, após sofrer um traumatismo e o elemento 51 sofrer uma avulsão do alvéolo. Desse modo, serão apresentados o planejamento, tratamento e a execução, com ênfase na reabilitação oral, por meio da instalação de um aparelho com finalidade protética e estética, a fim de discutir os impactos da perda precoce de dentes decíduos na autoestima e no dia a dia da criança.

Este portfólio reúne experiências clínicas construídas ao longo do curso, envolvendo diferentes especialidades e cenários da prática profissional. Cada relato de caso reflete não apenas os desafios enfrentados e as decisões tomadas, mas também os aprendizados que contribuíram para o desenvolvimento técnico e humano das integrantes.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela Aluna Camila Moraes Lamounier**

Meu nome é Camila Moraes Lamounier, nasci em Nova Lima-MG e fui criada em Candeias-MG, cidade onde residem meus familiares. Tenho 22 anos e, em 2021, ingressei no curso de Odontologia no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). Minha jornada até aqui foi construída com base em inúmeros desafios e escolhas que me motivaram a buscar, cada vez mais, a excelência acadêmica, assim como a realização pessoal e profissional na área da saúde.

Minha trajetória escolar teve início no Colégio Dom Cabral, localizado em Campo Belo, cidade vizinha à minha. Durante o Ensino Médio, enfrentei uma rotina exaustiva, marcada por viagens diárias para estudar em período integral, o que demandava muita disciplina e resiliência. Mesmo diante do desgaste físico e do desafio de conciliar os estudos com essa rotina intensa, mantive meu foco acadêmico, sempre em busca do melhor desempenho possível. Acredito que essa dedicação foi fundamental para minha aprovação no UNILAVRAS, resultado alcançado com o apoio da minha pontuação no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Esse desempenho me permitiu ingressar na faculdade por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), o que tornou possível a realização do meu sonho de cursar uma universidade sem impor uma carga financeira excessiva aos meus pais.

Optei pelo UNILAVRAS em razão de sua localização estratégica, que proporciona praticidade à minha rotina, e, sobretudo, por sua destacada reputação acadêmica. A instituição é reconhecida pela excelência no ensino, pela infraestrutura de alto padrão e pelo corpo docente altamente especializado, elementos que considero fundamentais para minha formação profissional.

A mudança para Lavras foi, sem dúvida, um grande desafio emocional. Sempre tive uma conexão profunda com meus pais e, com convicção, afirmo que em minha vida eles sempre foram meu maior alicerce. A saudade da minha cidade, especialmente da convivência diária com minha família, esteve presente de forma constante, tornando a distância um dos aspectos mais difíceis dessa transição. Entretanto, apesar das adversidades, sou imensamente grata pelo apoio incondicional

que recebi. Esse suporte foi fundamental para que eu me mantivesse firme em meus objetivos, tornando-se um pilar essencial para minha adaptação e crescimento.

Inicialmente, sempre tive certeza sobre minha escolha pela área da saúde, motivada pelo desejo de ajudar as pessoas. No entanto, ao longo dessa jornada, fui fortemente influenciada pelo meu tio, que era ortodontista e, infelizmente, já faleceu. Ele foi uma figura essencial nessa decisão, pois me mostrou o lado mais fascinante da odontologia e a repercussão positiva que ela pode ter na vida das pessoas. A paixão dele pela profissão e a maneira como via o impacto que o trabalho de um ortodontista pode ter na vida dos pacientes me fizeram enxergar essa área sob uma nova perspectiva. Foi ele quem despertou em mim o amor pela especialidade, a qual tenho grande apreço até hoje.

Ao longo dessa trajetória acadêmica, especialmente ao conhecer a clínica e atender pacientes, dediquei-me intensamente a compreender e dominar os conhecimentos necessários para me tornar uma profissional competente. A cada dia, percebo que a decisão de seguir a Odontologia não se trata apenas de uma escolha de carreira, mas também de uma escolha pessoal, movida pelo amor à profissão, profundamente conectada à minha história de vida e à influência das pessoas que marcaram minha caminhada. Nesse processo, amadureci tanto profissional quanto pessoalmente e, embora tenha conquistado muitos aprendizados, ainda tenho um longo futuro pela frente, repleto de desafios e oportunidades para continuar evoluindo.

Com base nas experiências adquiridas ao longo do curso, decidi apresentar, como caso clínico em meu Trabalho de Conclusão de Curso, o tratamento de uma paciente que atendi, especialmente sob a orientação do professor Sélem Vilela de Oliveira, durante a Clínica Integrada III e IV no UNILAVRAS. A paciente apresentava dor no palato devido à estomatite herpética, ausência de diversos elementos dentários em ambas as arcadas e exostose mandibular, o que a impedia de realizar atividades comuns do dia a dia, como mastigar e falar sem receio da aparência estética.

### 2.1.1 Desenvolvimento das atividades

Paciente, sexo feminino, 58 anos de idade, compareceu à Clínica Integrada de Odontologia do UNILAVRAS, queixando-se de dor no céu da boca com ardência, dificuldades para se alimentar e desconforto estético ao sorrir, devido à ausência de diversos elementos dentários em ambas as arcadas. Relatou que havia mais de 20 anos que perdeu os elementos dentários por falta de cuidado com a saúde bucal. Chegou a utilizar prótese parcial removível, mas perdeu-a ao longo dos anos e não teve condições financeiras para realizar o tratamento novamente, visando uma nova prótese.

Durante a anamnese, a paciente relatou o histórico de doenças sistêmicas, como hipertensão e depressão, e informou o uso controlado dos medicamentos Atenolol e Hidroclorotiazida para o controle da pressão arterial, além do Escitalopram para o manejo da depressão. Adicionalmente, mencionou que sua higiene bucal era inadequada, caracterizando-se como precária, o que pode ter contribuído para o agravamento de sua condição oral. A paciente relatou não adotar práticas regulares de escovação nem o uso do fio dental, comprometendo a saúde bucal.

Dessa forma, procedi com o exame clínico extraoral. Durante a palpação dos gânglios linfáticos e análise facial, não foram identificadas alterações, encontrando-se o quadro dentro da normalidade. Posteriormente, realizei o exame intrabucal, evidenciando a presença de manchas eritematosas e ulcerações no palato, associadas ao relato da paciente de dor e ardência local. O diagnóstico foi confirmado pela professora Natália Galvão como estomatite herpética. Ao término da consulta, foram prescritos Aciclovir 200 mg, seis vezes ao dia por cinco dias, agente antiviral indicado para inibir a replicação do vírus Herpes Simplex, e Dipirona Monoidratada 500 mg, seis vezes ao dia por três dias, visando o controle da sintomatologia dolorosa. Além disso, foi realizado o uso de laser vermelho, com dose de 2 J imediato, para estímulo da cicatrização.

A estomatite herpética é uma infecção viral causada pelo vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1), que, embora seja mais comum em crianças, também pode afetar adultos, especialmente aqueles que não tiveram contato prévio com o vírus. Nos adultos, a condição é caracterizada por lesões dolorosas, como vesículas que se rompem e formam úlceras, localizadas na mucosa bucal, palato e até na faringe. A transmissão ocorre principalmente por contato direto com lesões ou secreções da

pessoa infectada, e os sintomas incluem febre, dor e dificuldade para alimentar-se. O tratamento é, em geral, sintomático, com o uso de medicamentos antivirais e analgésicos para aliviar o desconforto e acelerar a recuperação (Milesi, 2023).

Dando seguimento à consulta, na avaliação intrabucal, foram observadas várias ausências dentárias, que representavam a principal queixa da paciente, causando-lhe desconforto tanto funcional quanto estético. Os dentes ausentes eram os seguintes: 12, 15, 18, 22, 23, 24, 28, 38, 43, 45, 47 e 48, o que prejudicava a função mastigatória e a aparência do sorriso. Também foi identificado faceta de desgaste nos dentes do setor anteroinferior, o que indicava um processo de desgaste dental. Outro ponto importante notado, foi a presença exostose mandibular, que me gerou preocupação inicialmente, já que a paciente procurava uma solução para a confecção de uma nova prótese parcial removível. Entretanto, me surgiu a possibilidade de abordagem para o tratamento que poderia atender às necessidades da paciente de maneira eficaz.

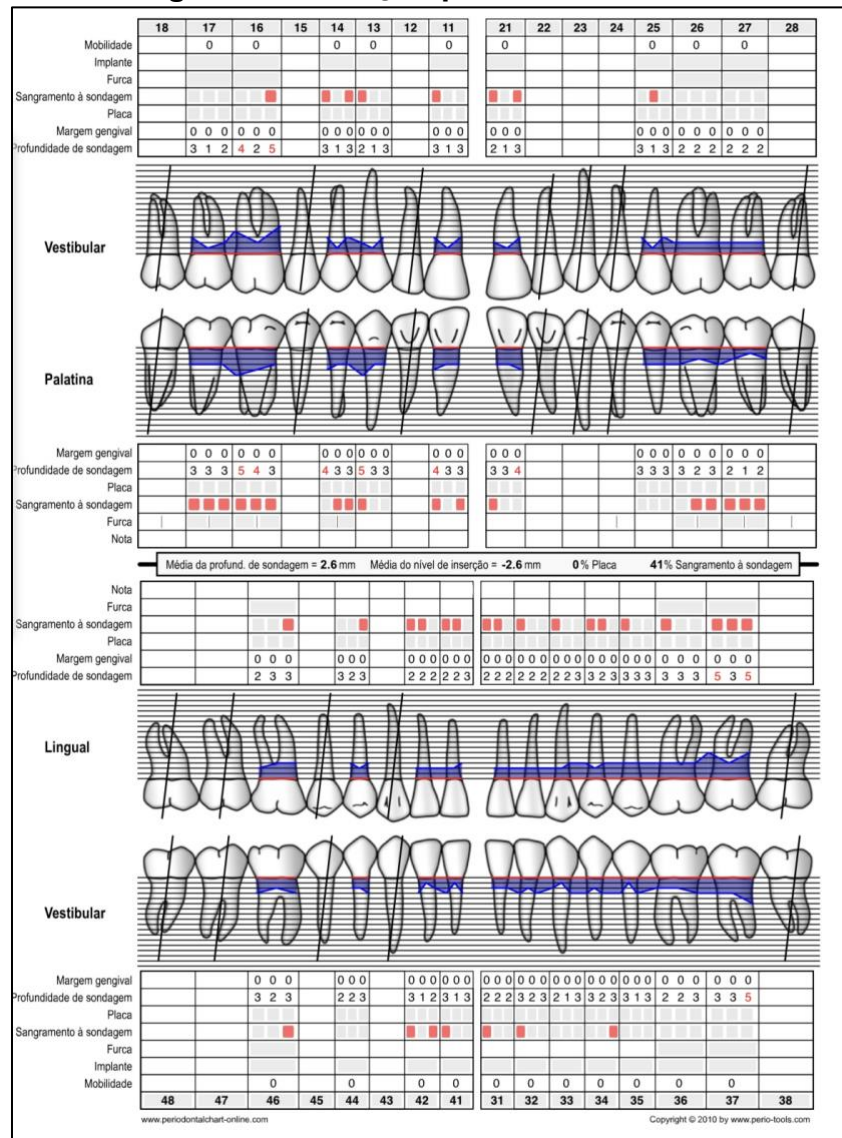
A exostose mandibular é uma formação óssea benigna caracterizada pelo crescimento anormal de tecido ósseo na mandíbula, frequentemente localizada nas regiões dos pré-molares e molares. Embora geralmente assintomática, a exostose pode ser descoberta incidentalmente durante exames clínicos ou radiográficos. Ela pode interferir nas funções orais, como mastigação e fala, especialmente quando atinge um tamanho considerável. Em muitos casos, quando a condição não apresenta sintomas significativos, não é necessário tratamento imediato. O acompanhamento clínico é recomendado para monitorar a evolução e a presença de qualquer alteração (Ravi; Venkatesha; Mohan, 2024).

Após a realização das avaliações necessárias e conversa com a paciente, iniciei o preenchimento das fichas de todas as áreas, com o objetivo de elaborar, posteriormente, um planejamento adequado às necessidades identificadas. No mesmo dia, realizei o periograma, a fim de auxiliar no diagnóstico do estágio da doença periodontal, uma vez que, a paciente apresentava condições precárias de higiene bucal, evidenciadas pelo periodonto avermelhado e edemaciado em algumas regiões.

A seguir, é exibido o periograma da condição inicial da paciente, obtido por meio de um exame clínico realizado com o auxílio de uma sonda milimetrada. Os dados coletados durante o exame são devidamente registrados e, posteriormente,

transferidos para um software especializado, que gera a imagem virtual apresentada a seguir, chamado de Perio Tools (Figura 1).

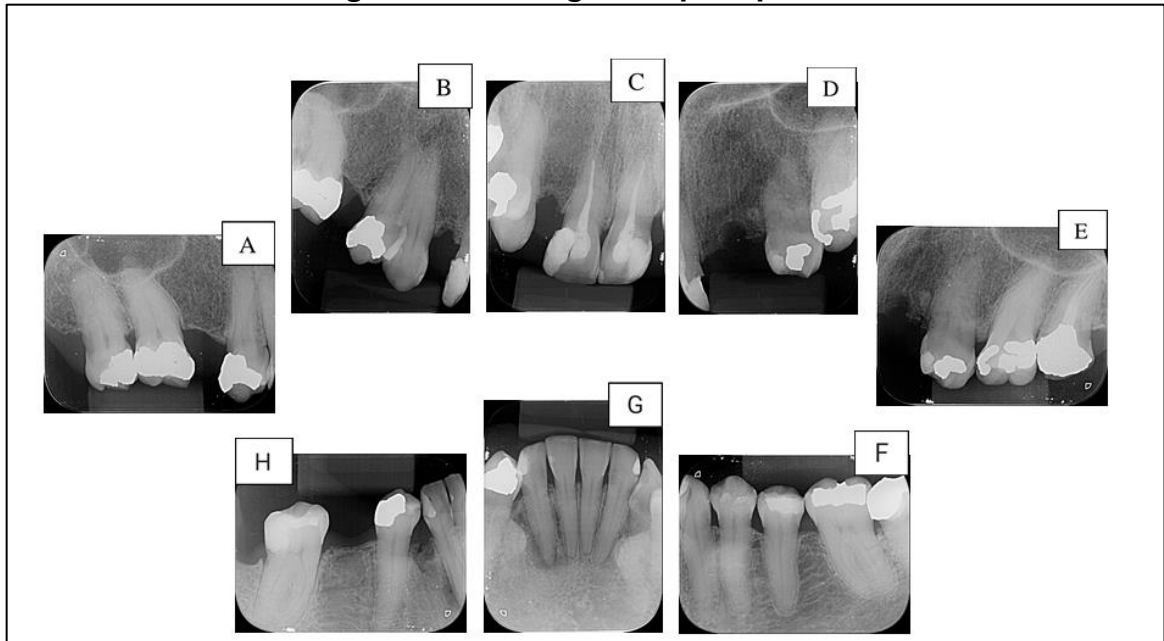
**Figura 1 – Situação periodontal inicial.**



Fonte: Ficha clínica utilizada pela Clínica Odontológica do UNILAVRAS, preenchida através do site PerioTools (2024).

O caso foi, indubitavelmente, classificado como Periodontite, estágio IV, grau A, com base na avaliação clínica, devido à quantidade de dentes perdidos e à extensão da perda de inserção apresentada pelo periograma. Para uma análise mais precisa da condição óssea, foram realizadas radiografias dos quatro quadrantes (Figura 2), que foram incorporadas ao protocolo diagnóstico, permitindo uma melhor compreensão da perda óssea.

**Figura 2 – Radiografias periapicais.**

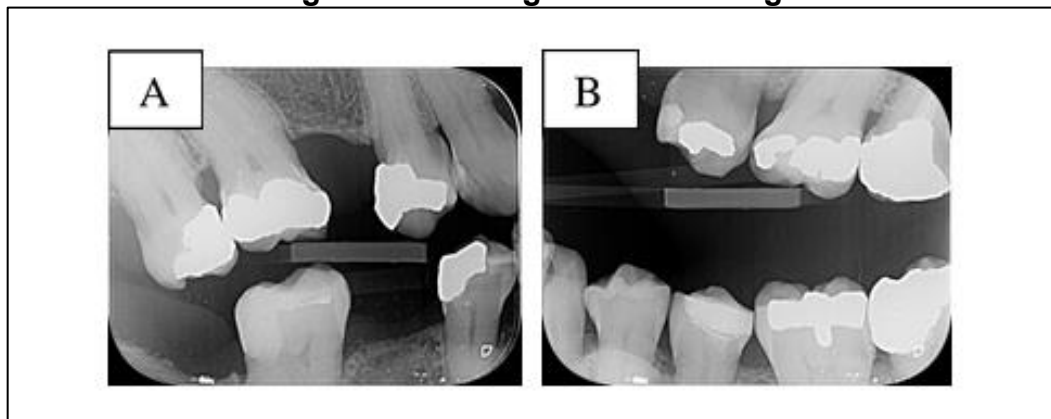


(A) Dentes 17,16,14. (B) Dentes 16,14,13 . (C) Dentes 13,11,21. (D) Dentes 21,25,26. (E) Dentes 25,26,27. (F) Dentes 33,34,35,36,37. (G) Dentes 44,42,41,31,32,33. (H) Dentes 41,42,44,46.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após a classificação, forneci instruções detalhadas sobre a higiene bucal adequada, destacando a importância do controle do biofilme para conter a progressão da doença. Posteriormente, realizei a instrumentação supragengival e subgengival das arcadas superior e inferior, visando à remoção de cálculo e à desorganização do biofilme subgengival. Esse procedimento, somado a uma escovação correta, resultou na redução da profundidade de sondagem em diversos sítios e na melhoria das condições de higiene bucal, constatada posteriormente na reavaliação clínica.

**Figura 3 – Radiografias Bite Wing.**



(A) Lado direito. (B) Lado esquerdo. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A periodontite estágio IV é caracterizada por perda de inserção interproximal de 5 mm ou mais no pior sítio ou perda óssea que se estende até a metade ou o terço apical da raiz, associada à perda de cinco ou mais dentes e complicações como mobilidade dentária avançada, defeitos de rebordo e disfunção mastigatória. Já o grau A apresenta progressão lenta, com perda óssea de até 0,25 mm por ano, mesmo em pacientes com grande acúmulo de biofilme, mas sem destruição significativa, e ausência de fatores de risco como tabagismo ou diabetes (Rodrigues; Barboza Neto; Barboza Júnior, 2023).

Nos termos de Llanos et al. (2020, p. 3):

A doença periodontal afeta os tecidos de suporte ao redor dos dentes e inclui uma variedade de apresentações inflamatórias que podem levar à destruição progressiva dos tecidos e, finalmente, à perda dos dentes. Do ponto de vista fisiopatológico, a periodontite é uma resposta inflamatória à disbiose microbiana relacionada à placa dentária.

Subsequentemente, foram preenchidas as fichas de endodontia, dentística e prótese, atendendo às necessidades específicas de cada área, para então, dar seguimento ao tratamento protético. Juntamente com o professor Sélem Vilela de Oliveira, iniciamos a discussão do caso clínico da paciente em relação à prótese. Apresentei a ficha já preenchida, bem como a situação intraoral da paciente. O professor aprovou o diagnóstico para a confecção de prótese parcial removível para ambas arcadas, e assim, iniciei o planejamento do caso.

De acordo com a classificação de Kennedy, a arcada superior foi classificada como Classe III, com modificação 2, caracterizando um desdentamento intercalar com duas ausências de dentes intercalados. A arcada inferior foi classificada como Classe II, com modificação 1, devido a um desdentamento unilateral com a ausência de um elemento. A paciente apresentava um perfil facial normal, com formato de rosto ovóide, lábios normais e abóbada palatina em formato de “U”. Além disso, apresentava mordida cruzada posterior no lado esquerdo. Essa condição pode influenciar a estabilidade da prótese e a distribuição das forças mastigatórias, exigindo um planejamento protético criterioso para reabilitar a oclusão de forma funcional e estética.

O estudo de Al-Angari et al. (2021) investigou a prevalência do uso de próteses parciais removíveis e as classes de Kennedy entre pacientes atendidos em uma instituição educacional e odontológica na Arábia Saudita. A pesquisa revelou que a

Classe I foi a mais prevalente, representando 45% dos casos, seguida pela Classe III (26,2%) e Classe II (23,3%). Al-Angari et al. (2021) destacam o aumento do edentulismo, especialmente com o avanço da idade, que resulta em uma maior prevalência de pacientes necessitando de próteses parciais removíveis. A progressão do edentulismo pode ser atribuída a fatores como a perda de dentes devido a cáries, doenças periodontais e envelhecimento, que afetam a capacidade funcional e estética. Esse aumento nas taxas de edentulismo leva ao maior uso de próteses dentárias, particularmente entre adultos mais velhos, refletindo a importância da reabilitação oral na qualidade de vida dos pacientes.

O próximo passo foi a realização das moldagens de ambos os arcos, superior e inferior, para o planejamento subsequente das próteses parciais removíveis. As moldagens foram feitas com alginato Jeltrate Plus, um material hidrocolóide irreversível. Após isso, procedi com o vazamento das impressões em gesso Tipo IV e, em seguida, fiz o desenho nos modelos de estudo para um planejamento mais preciso, alinhado às necessidades do paciente (Figuras 4 e 5).

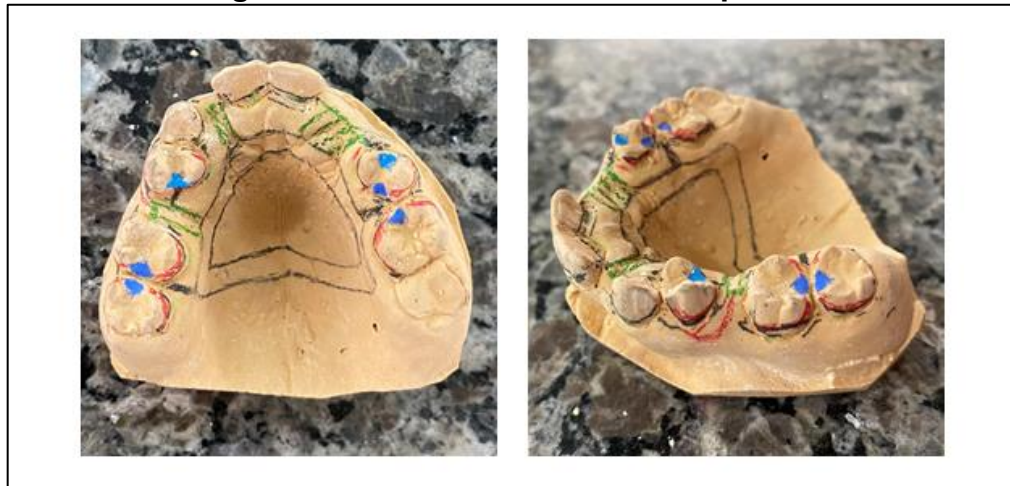
Em ambos os modelos foi utilizado o delineador, para determinar o eixo de inserção da PPR. Inicialmente, o modelo foi fixado à platina do delineador e analisado com a ponta analisadora. Foram demarcados três pontos estratégicos em cada modelo, formando um plano imaginário que serviu como referência, de modo que a trajetória de inserção da prótese permanecesse perpendicular a esse plano. No modelo superior, o ponto central foi posicionado entre os incisivos centrais, na face palatina, coincidindo com a área de contato dos incisivos inferiores. No modelo inferior, os pontos foram estabelecidos nas fossetas mesiais dos primeiros molares e na linha mediana entre os incisivos centrais, na face incisal. Essa etapa permitiu definir com precisão o eixo de inserção da PPR.

Com o eixo de inserção definido, foi efetuado o traçado do equador protético em cada dente, considerando as faces vestibular, lingual e palatina. Essa marcação possibilitou a identificação das áreas retentivas, localizadas abaixo da linha, e das áreas expulsivas, situadas acima dela, constituindo referência para o posicionamento dos braços ativos dos grampos.

Posteriormente, foi avaliada a profundidade de retenção por meio de calibradores específicos, assegurando que os braços ativos oferecessem retenção adequada, sem comprometer a estabilidade da prótese ou provocar trauma aos elementos dentários.

No desenho da arcada superior (Figura 4), foi realizado os nichos onde irá acomodar os apoios dos respectivos grampos, selas nas áreas desdentadas, barra palatina dupla, grampo circunferencial simples (dentes: 25,26), grampo o gêmeo duplo (dentes: 16,17) e grampo de ação de ponta em T (dente: 14).

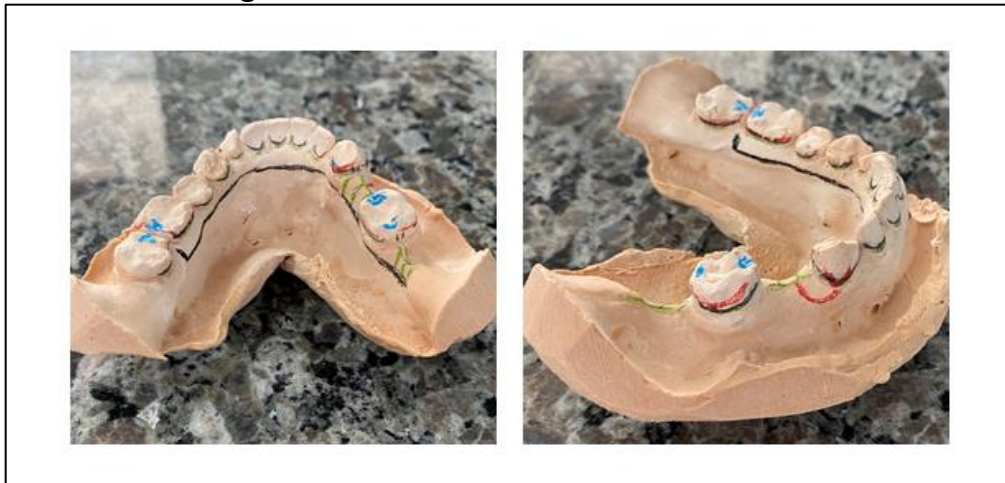
**Figura 4 – Desenhos da arcada superior.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

No desenho da arcada inferior (Figura 5), foi realizado os nichos onde irá acomodar os apoios dos respectivos grampos, selas nas áreas desdentadas, barra lingual simples com espessura mais fina, acima da exostose mandibular, grampo half-half (dente: 46), grampo o gêmeo duplo (dentes: 36,37) e grampo de ação de ponta em T (dente: 44).

**Figura 5 – Desenhos da arcada inferior.**



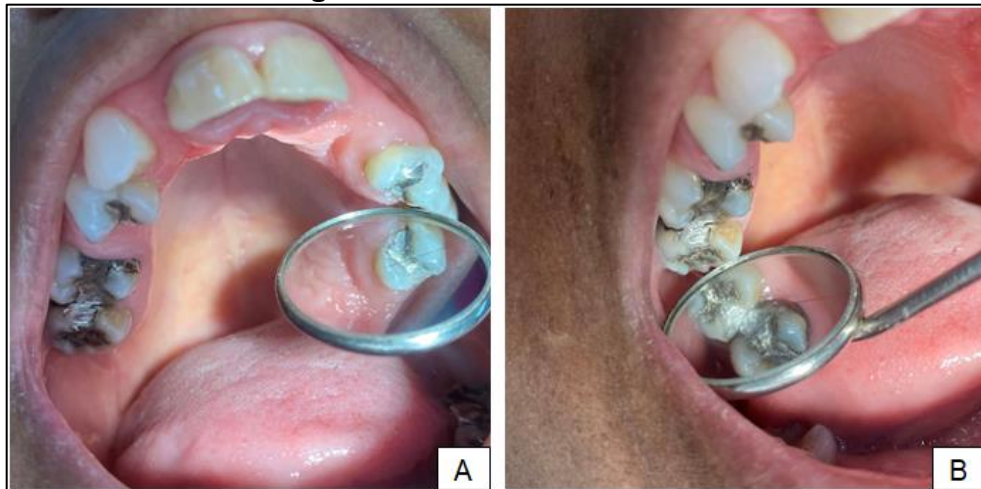
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

De acordo com Giroto et al. (2022, p. 2):

Uma vez presente, a falta de um ou mais elementos dentários é capaz de acarretar prejuízo na harmonia oclusal, resultando também em inúmeras consequências. Entre elas, podem ser citadas as desordens musculares e desordem de posicionamentos dentais, causando movimentações desnecessárias e nocivas, além disso, nas situações em que o edentulismo ocorre em áreas de dentes posteriores, os danos acabam sendo mais severos, uma vez que esses elementos dentários são fundamentais tanto para funções mastigatórias, quanto para proporcionar e manter a dimensão vertical de oclusão.

Com a prótese planejada por mim e aprovada pelo professor Sélem Vilela de Oliveira, iniciei o preparo em boca, realizando os nichos nos seguintes dentes: 17, 16, 14, 25, 26, 27, 37, 36, 44 e 46, realizando formato de meia-lua nas regiões distais e mesiais dos dentes posteriores (Figura 6). Esse processo foi realizado com as pontas diamantadas 1094 e 1092, seguindo as orientações do professor. Todos os nichos foram realizados em alta rotação e com irrigação abundante. Por fim, finalizei com o acabamento e polimento para garantir o conforto da paciente.

**Figura 6 – Nichos dentários.**



(A) Nicho superior esquerdo. (B) Nicho superior direito.  
 Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Concluída a confecção dos nichos, procedi com a moldagem anatômica, etapa essencial para a obtenção de um modelo preciso das estruturas orais da paciente. Inicialmente, selecionei cuidadosamente as moldeiras compatíveis com a morfologia da arcada da paciente, adaptando-as com cera periférica para promover melhor vedamento e maior conforto durante o procedimento.

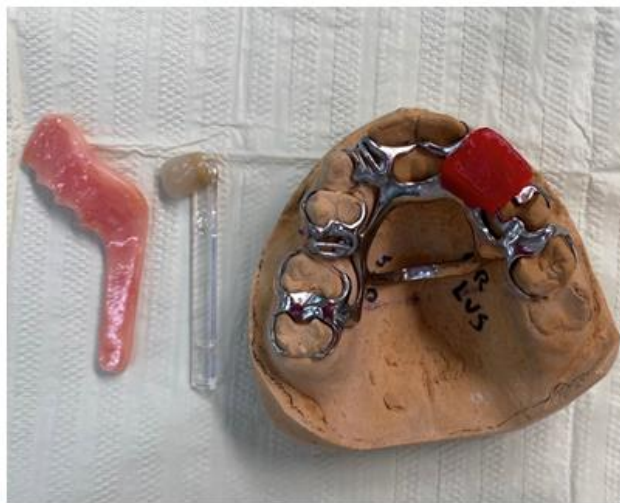
Em seguida, manipulei o alginato, respeitando as proporções e o tempo de presa recomendados pelo fabricante, apliquei o material na moldeira e levei-a diretamente em boca, assegurando uma reprodução fiel das estruturas anatômicas.

Após a obtenção do molde, realizei o vazamento com gesso Tipo IV, conhecido por sua alta resistência e precisão, resultando em um modelo de trabalho detalhado. O modelo foi encaminhado ao laboratório para a confecção da estrutura metálica, processo que demanda aproximadamente duas semanas para sua conclusão. Ademais, devido à exostose mandibular da paciente, a opção mais viável para a confecção da estrutura metálica na arcada inferior foi a realização de uma barra lingual simples, de espessura mais fina, a fim de melhorar o conforto da paciente e proporcionar uma adaptação precisa. Esta escolha foi especificada no documento enviado ao laboratório, juntamente com o modelo e o desenho planejado.

Duas semanas após, a paciente retornou à Clínica Integrada para a prova da estrutura metálica, a qual estava acompanhada do rolete de cera na região de sela, em altura oclusal. Procedeu-se ao ajuste oclusal por meio de plastia na cera, adaptando-a à oclusão. Realizei o desgaste da estrutura metálica com broca diamantada nos pontos necessários para obter a devida adaptação,

consequentemente, adquirindo uma retenção satisfatória e um ótimo assentamento dos apoios nos nichos. Ademais, na mesma sessão, foi realizada a seleção da cor da gengiva e dos dentes, optando-se pela cor 8 na escala policromática de gengivas da Vipi STG e pela cor 4A na escala Vipi da Trilux para os dentes. Contudo, devido à indisponibilidade da cor 4A no laboratório, foi empregada a cor 66, considerada a alternativa mais próxima. Os elementos escolhidos e a estrutura metálica estão ilustrados na Figura 7:

**Figura 7 – Elementos escolhidos e estrutura metálica superior.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Em sequência, foi realizada a montagem do arco facial, seguida de um registro de mordida com silicone de condensação ZetaPlus, efetuado com material denso, obtendo-se a oclusão correta da paciente para ser montado em articulador semi ajustável (ASA). Logo após montado, foi enviado ao laboratório para confecção da montagem dos elementos dentários em cera.

Posteriormente, o laboratório enviou-me o enceramento proposto para a realização da prova em boca (Figura 8). Procedi à verificação dos contatos oclusais utilizando papel carbono e executei movimentos de lateralidade, com o objetivo de identificar possíveis contatos prematuros. Foi observada uma boa adaptação, refletindo positivamente nos aspectos funcionais e estéticos (Figura 9). A paciente, por sua vez, demonstrava grande ansiedade em visualizar o resultado final, uma vez que, expressou sentimentos de gratidão em relação ao meu trabalho, bem como evidenciou um elevado nível de satisfação e felicidade com os resultados obtidos até aquele momento.

**Figura 8 – Enceramento diagnóstico montado em ASA.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

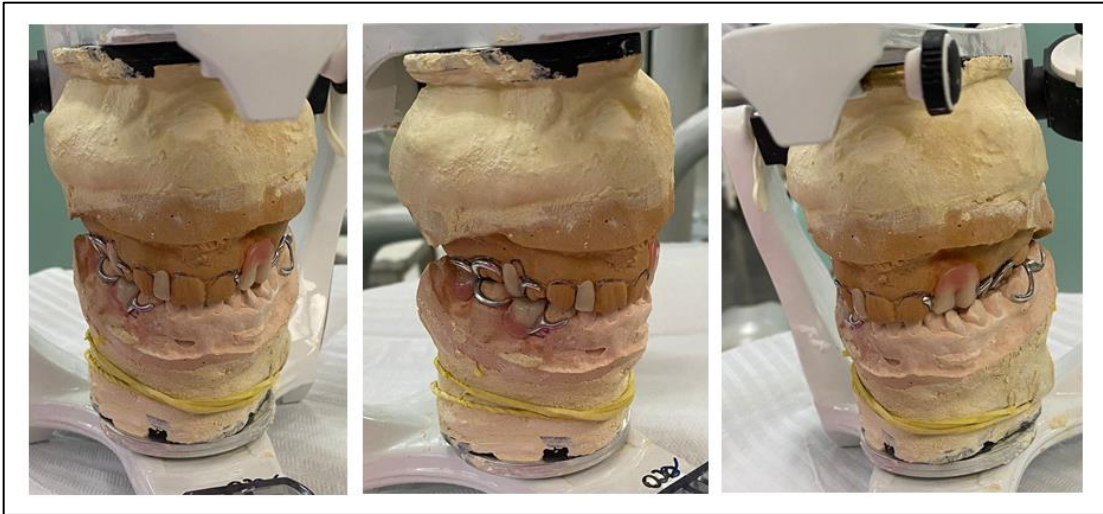
**Figura 9 – Prova em cera.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Nessa mesma sessão, o trabalho foi encaminhado ao laboratório para a acrilização. Subsequentemente, ao retorno das próteses parciais removíveis já acrilizadas (Figura 10), instalei-as e, novos testes oclusais foram realizados. Contudo, efetuei teste oclusal com papel carbono, movimento de lateralidade e manipulação em cêntrica, sendo necessário desgaste com broca Minicut em algumas áreas para melhor adaptação.

**Figura 10 – PPR superior e inferior acrilizadas.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Nesse dia, foi necessário realizar a manipulação em cêntrica diversas vezes, uma vez que, a paciente demonstrando grande ansiedade para receber a prótese parcial removível, não conseguia ocluir de maneira habitual, o que resultava em alterações constantes na oclusão. Diante dessa dificuldade, foi fundamental interromper o procedimento para tranquilizá-la e, instruí-la sobre a forma correta de posicionar a mandíbula. Além disso, foram fornecidas orientações detalhadas sobre a remoção e a colocação da prótese, bem como a higienização adequada, para garantir a longevidade da PPR e a saúde bucal.

Após a entrega da PPR (Figura 11), a paciente se emocionou ao observar o resultado final. Ela manifestou grande satisfação e gratidão, destacando a felicidade de poder sorrir novamente e a melhora significativa em sua autoestima.

**Figura 11 – Paciente sem e com PPR.**



(A) Paciente sem a PPR. (B) Paciente com a PPR instalada.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Com o objetivo de assegurar uma boa adaptação e monitorar a funcionalidade da prótese, foram realizadas mais duas consultas de manutenção. Nessas visitas, foi possível avaliar o conforto e a estabilidade da PPR. A paciente apresentou uma adaptação bastante satisfatória, sem queixas relevantes, o que resultou em um prognóstico favorável.

Os benefícios do tratamento tornaram-se ainda mais evidentes à medida que a paciente passou a relatar mudanças em sua rotina e em seu estado emocional. Com a devolução das funções mastigatória e estética, foi observado uma melhora significativa em sua qualidade de vida. A paciente descreveu estar mais segura e confiante para realizar atividades cotidianas, como fazer suas alimentações, sorrir e interagir socialmente, sem as limitações e inseguranças que anteriormente enfrentava. Dessa forma, constatou-se que o tratamento reabilitador cumpriu seu papel não apenas na recuperação funcional, mas também no resgate da autoestima, do bem-estar emocional e da dignidade da paciente.

## **2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Gabriella Alves Rocha**

Meu nome é Gabriella Alves Rocha, tenho 22 anos e sou natural de Apucarana-PR. Ingressei no curso de Odontologia no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) em 2021 em busca de um sonho que já existia em minha família há muitos anos.

Meus pais são mineiros, nascidos e criados em uma pequena e charmosa cidade chamada Aguanil-MG, na qual coleciono um grande carinho e lembranças da minha infância. Aos 12 anos, meu pai, juntamente com a minha família paterna, se mudou para o Paraná a procura de uma melhor qualidade de vida, já que por diversas

vezes passaram necessidades e acreditavam que lá, conseguiriam se reerguer financeiramente. Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, eles conseguiram, e sempre que podiam, vinham visitar sua antiga morada. Em uma de suas visitas, meus pais se apaixonaram, e minha mãe decidiu voltar para Apucarana junto com o meu pai. E assim, eles construíram uma vida juntos, cresceram, amadureceram e tiveram minha irmã e eu.

Minha mãe sempre nos dizia que o seu sonho era ter se formado em Odontologia, e nos incentivava desde pequenas a se dedicar aos estudos. Porém, em 2013, meus pais se divorciaram. Por esse motivo, minha mãe, irmã e eu nos mudamos para Lavras, já que estaríamos mais próximas da minha família materna e ainda teríamos ótimas opções de escolas e universidades para estudarmos e irmos em busca do sonho que tanto se era falado em nossa casa.

Após alguns anos, minha irmã ingressou no curso de Odontologia do UNILAVRAS, onde eu pude acompanhar toda a sua linda trajetória e me identificar com o curso e com a faculdade. Dessa forma, além da minha mãe, minha irmã também foi de suma importância durante todo o meu processo de escolha de curso e conseqüentemente, do meu futuro.

Quando escolhi a Odontologia e o UNILAVRAS, um misto de sentimentos tomava conta de mim. Sentia medo e insegurança, pois não me sentia capaz. Mas também sentia muita felicidade de poder concretizar um sonho que já não era apenas da minha mãe, mas também meu. Logo, iniciei o curso e sempre me dediquei ao máximo, mesmo em meio a dificuldades e tropeços, eu sabia que eu precisava fazer tudo dar certo. Encontrei pessoas maravilhosas no caminho que me ajudaram durante todo o tempo e que levarei para a vida toda em meu coração. E quando achei que não conseguiria, o UNILAVRAS me propiciou consultas gratuitas na Clínica de Psicologia da faculdade, que sem dúvidas, foram essenciais para eu conseguir chegar até aqui.

Portanto, à medida que o tempo se passava e o curso avançava, me encontrei e amadureci, sentia-me cada vez mais preparada e confiante para realizar os procedimentos e atender novos pacientes. O UNILAVRAS foi, sem dúvidas, de grande relevância para o meu crescimento pessoal e profissional, e é muito bonito olhar para trás e ver que estou prestes a realizar esse sonho tão desejado por mim e por toda a minha família.

Em meu trabalho, irei dissertar sobre um caso clínico realizado na Clínica Integrada III, onde foram feitas um par de próteses totais, superior e inferior, de uma

paciente superespecial, sob a supervisão do professor Selém Vilela de Oliveira, também formado pelo UNILAVRAS e especialista em prótese dentária.

### 2.2.1 Desenvolvimento das atividades

Paciente de sexo feminino, 55 anos, procurou a Clínica Odontológica do UNILAVRAS pois se queixava de dor devido sua prótese total superior provisória, que havido sido feita há cerca de 5 anos na própria faculdade. Durante a anamnese, foi constatado que ela possuía problemas de pressão arterial e pré-diabetes, e por isso, estava sob cuidados médicos e fazendo uso dos seguintes medicamentos: Losartana Potássica 50mg, Anlodipino Besilato 5mg, Atenolol 25mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg, Sinvastatina 20mg e Metformina Cloridrato 850mg. No exame clínico, não observamos nenhuma alteração na mucosa oral, o formato do rosto foi considerado ovóide, relacionamento maxilo-mandibular favorável, formato da abóboda palatina em “U”, mas o rebordo residual inferior se encontrava estrangulado. Também nessa primeira consulta, foi pedido uma radiografia panorâmica a fim de certificar que não havia nenhum dente incluso ou cistos (Figura 12).

**Figura 12 – Radiografia panorâmica.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Desde o primeiro momento, a paciente se mostrava extremamente envergonhada e insegura quando a pedíamos para retirar a prótese a fim de visualizar

melhor ou realizar algum procedimento. Uma mulher que anteriormente se manifestava de forma alegre, falante e determinada, ao retirar a prótese se reprimia, cobria a boca com as mãos o tempo todo e se aquietava na cadeira odontológica. Dessa forma, pude perceber notoriamente o quanto o edentulismo, além de afetar funcionalmente e esteticamente às pessoas, também provoca danos psicológicos e sociais, muitas vezes irreversíveis.

O edentulismo possui causas multifatoriais e trata-se de um acontecimento que abrange razões biológicas, físicas, culturais, sociais econômicos e comportamentais. A cárie dental é tida como a responsável pelo edentulismo na maioria das pessoas com menos de 45 anos, e a doença periodontal nas pessoas acima de 45 anos (Izaque et al., 2021). E, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 14 milhões de brasileiros acima de 18 anos vivem sem nenhum dente, o que se torna preocupante, considerando que o edentulismo está relacionado a muitos efeitos adversos à saúde, como a obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (Izaque et al., 2021).

Portanto, a fim de diminuir o índice de edentulismo e promover maior bem-estar às pessoas, percebe-se a necessidade de educação e promoção da saúde bucal, sobretudo na atenção primária de saúde (Ribeiro; Santos; Baldani, 2023). Mas também, deve-se destacar o importantíssimo trabalho que consiste em devolver autoestima aos pacientes, melhorar a aparência oral e as interações sociais destes quando realizamos a confecção de próteses totais a uma pessoa desdentada, e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida .E é sobre isto que o trabalho se trata.

Após a anamnese e o exame clínico, realizei a moldagem anatômica com moldeiras de estoque, que foram selecionadas de acordo com o rebordo residual da paciente e devem possuir cerca de 2 a 3 mm de folga entre a moldeira e o rebordo, e com silicone de condensação, um material bastante vantajoso pois oferece conforto para o paciente, é um material biocompatível e atóxico (fácil de remover da cavidade bucal) e apresenta uma boa reprodução de detalhes e alta resistência a deformação. Segundo Russi e Rocha (2015), essa primeira moldagem tem como objetivo obter a configuração geral da área basal, que corresponde à região da cavidade oral que será recoberta pela base da prótese e do aspecto da fibromucosa que circunscribe. Ela está diretamente relacionada a fatores como retenção, estabilidade, suporte e conforto da PT.

Durante essa etapa, utilizamos a técnica dos 2 passos, onde moldamos primeiro com a pasta densa e depois, sobre o molde de silicone denso, moldamos novamente com a pasta fluida para melhor cópia de detalhes. Lembrando que essas etapas de moldagens são de extrema importância, visto que a base da prótese deve apresentar uma íntima adaptação à mucosa e ao rebordo residual, a fim de gerar retenção e estabilidade sem causar desconforto ao paciente (Miranda et al., 2021). Portanto, todo o palato e região de fundo de saco precisam estar inclusos no molde e por isso, durante a moldagem, é interessante que o paciente mantenha os lábios e bochechas relaxadas para conseguirmos copiar toda essa porção da cavidade bucal (Figura 13).

**Figura 13 – Molde anatômico.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

O fabricante do silicone de condensação Zetaplus da marca Zhermack indica que devemos aguardar 60 minutos para vazarmos os moldes com o gesso, pois esse é o tempo necessário para a total recuperação elástica do material, uma vez que, em sua reação de polimerização, é liberado um subproduto chamado álcool etílico que é o grande causador da contração do silicone, podendo gerar deformações nos moldes e posteriormente nos modelos. Além disso, nós também devemos estar cientes do tempo de atraso tolerável para o qual o material de moldagem permanece dimensionalmente estável (Fialkowski et al., 2024). No caso do silicone de condensação, esse tempo corresponde a cerca de 6 horas. Passados os 60 minutos, os moldes foram vazados com o gesso Tipo III a fim de confeccionar os modelos

anatômicos que serão usados posteriormente para fazer as moldeiras individuais (Figura 14).

**Figura 14 – Modelo anatômico.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Com os modelos anatômicos em mãos, iniciei a confecção das moldeiras individuais, que são criadas especificamente para a cavidade bucal do paciente a fim de reproduzir a área basal com a maior riqueza de detalhes anatômicos e funcionais possíveis. Telles (2011, p. 88) menciona que “a moldeira individual deve ser rígida, não permitindo a deformação do material de moldagem que por ela seja suportado”. Assim sendo, realizei a delimitação da área chapeável com lapiseira nos modelos anatômicos, sempre respeitando os freios e bridas. Segundo Turano (2019, p. 110-111),

A área basal no modelo maxilar deverá estar compreendida dentro dos seguintes limites: todo o rebordo gengival, da tuberosidade direita até a esquerda; as paredes vestibulares, até o sulco gengivolabial; e toda a abóbada palatina até o limite do palato mole, do sulco pterigomaxilar direito até o esquerdo e a melhor orientação para demarcar a área basal mandibular está nas papilas retromolares e nas linhas oblíquas externas e internas.

Posteriormente, realizei o isolamento dos modelos com isolante para acrílico e confeccionei o alívio com cera 7, a fim de criar espaço entre o modelo e o acrílico, e os stops na cera para gerar retenção, sendo dois posteriores e um anterior.

Logo, manipulei a resina acrílica no pote paladon seguindo a relação pó/líquido indicado pelo medidor do fabricante. Esse material passa por 5 fases até atingir sua polimerização completa, sendo elas: fase arenosa ou granular, que apresenta a superfície brilhante saturada de monômeros; fase fibrilar ou pegajosa, onde há um aumento da viscosidade e perda de brilho; fase plástica ou de trabalho, quando a resina fica mais manipulável e modelável; fase borrachoide, a superfície fica mais rugosa e sofre exotermia, ou seja, liberação de calor; e fase densa ou rígida, a resina já apresenta-se seca e resistência a deformação. Durante a terceira fase, colocamos a resina entre duas placas de vidro molhadas com água e palitos de sorvete para conseguirmos abri-la e assim colocá-la sobre os modelos, e com um instrumento cortante vamos removendo o excesso de acrílico que ultrapassa a área basal.

Enquanto aguardamos a polimerização do material, devemos pressionar a resina com os dedos, de preferência umedecidos com o monômero, para evitar que ela se afaste do modelo devido a contração de polimerização. Lembrando que, o acrílico passa por uma reação exotérmica que provoca a liberação de calor e consequente aumento da temperatura. Segundo Telles (2011, p. 88),

O maior cuidado deve ser tomado para se manter a resina adaptada ao modelo até a presa do material, quando o efeito exotérmico reduz. Entretanto, como a polimerização é um processo que continua após a presa da resina acrílica, podem ocorrer distorções significativas na moldeira num período de até 24 horas. Por essa razão, é prudente aguardar esse tempo, após a confecção da moldeira, para utilizá-la.

Seguimos confeccionando os cabos da moldeira também em resina acrílica para facilitar no momento da moldagem, e por fim, realizamos o acabamento com a broca maxicut para remover todo o excesso e arredondar as bordas, sempre respeitando todos os freios e bridas para não machucar o paciente (Figura 15).

**Figura 15 – Moldeira individual superior e inferior.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

No segundo atendimento, com as moldeiras superior e inferior confeccionadas em mãos, partimos para a moldagem funcional. No primeiro momento, fazemos o selamento periférico e posterior da moldeira com a pasta densa para melhor vedação e assim levamos em posição. Logo depois, devemos passar o adesivo de moldeira para melhor retenção do silicone, preencher toda a moldeira com a pasta fluida e finalmente realizar a moldagem funcional, obtendo assim os moldes (Figura 16). Novamente, aguardamos 60 minutos de recuperação elástica do material de moldagem, realizamos o encaixotamento do molde com cera utilidade e cera 7 e vazamos com gesso Tipo III (Figura 17).

**Figura 16 – Molde funcional.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

**Figura 17 – Confeção do modelo funcional.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Dessa forma, utiliza-se os modelos funcionais para produzir as bases de prova, sendo 2 superiores e 1 inferior. Para Turano (2019, p. 147), as bases de prova “trata-se da base provisória da prótese total durante as fases para captar e registrar os movimentos mandibulares, com a finalidade de transportá-los ao articulador até a

montagem de dentes artificiais”. Elas são confeccionadas sobre os modelos funcionais da mesma forma que as moldeiras funcionais, mas sem os cabos. A base inferior e uma superior são fixadas a roletes de cera, originando assim os planos de orientação que servirão para determinar as linhas de referência, a dimensão vertical e as curvas de spee. Já a outra base de prova superior será usada durante a montagem do arco facial fixada ao garfo de mordida (Figura 18).

**Figura 18 – Planos de orientação e base de prova superior.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na terceira sessão, foi o momento de realizar o ajuste dos planos de orientação e das relações maxilo-mandibulares a fim de reestabelecer a sustentação dos tecidos do terço inferior da face, que foi perdida com a extração dos dentes. Inicialmente, com o plano superior posicionado, coloca-se a régua fox com o arco apoiado sobre a superfície oclusal do rolete de cera e a régua semilunar sobre a linha bi pupilar, para observar se há paralelismo entre as régua. Também devemos observar se o plano oclusal, ou seja, o plano de cera, está paralelo ou ligeiramente convergente ao plano de camper que sai da asa do nariz até o meato acústico externo. Caso contrário, reduções ou acréscimos de cera na superfície oclusal do rolete de cera podem ser necessários. Além disso, no ajuste do suporte labial, o ângulo entre o lábio superior e o nariz deve ser reto para que o lábio não fique muito estufado ou murcho, podendo ser necessário corrigir retirando ou colocando cera na vestibular (Telles, 2011).

Logo, analisamos a linha do sorriso, que deve ser ascendente acompanhando o lábio inferior, o corredor bucal, que corresponde ao túnel de sombra localizado entre a vestibular dos dentes posteriores e a mucosa interna da bochecha, e a altura incisal,

que determina a região visível dos dentes quando os lábios estão em repouso. Pode-se estimar que os homens apresentem uma média de 1,9 mm de exposição incisal, enquanto para as mulheres esse valor é 3,4 mm (Telles, 2011). Os ajustes são realizados através do acréscimo ou desgaste dos planos de cera.

Com uma espátula Lecron, demarcamos a linha média no plano de cera seguindo o centro da face do paciente com auxílio de um fio dental. Seguimos pedindo para o paciente dar um sorriso bem forçado a fim de demarcar a linha alta do sorriso, que corresponde a máxima contração do lábio superior ao sorrir. E a linha dos caninos deve ser demarcada utilizando como referência a asa do nariz e as comissuras labiais. As linhas de referência do plano de orientação inferior serão demarcadas de acordo com o superior e com a face da paciente.

Segundo Telles, “chama-se de Dimensão Vertical (DV) à altura do terço inferior da face ou a relação espacial da mandíbula em relação à maxila no plano vertical” (Telles, 2011, p. 161). Já o espaço disponível entre os dentes quando a mandíbula está em repouso é denominado espaço funcional livre. Dessa forma, finalizando o ajuste dos planos de orientação, determinamos a dimensão vertical. Utilizamos o compasso de willis para medir a distância do canto do olho até a comissura labial, onde deve-se subtrair cerca de 3 a 4 mm que corresponde ao espaço funcional livre (EFL) com o objetivo de determinar a altura que o plano de cera inferior deve ser ajustado para chegar à dimensão vertical de oclusão (DVO). Com os planos de orientação superior e inferior posicionados, voltamos com o compasso de willis e medimos a distância da base do nariz até o mento. Se essa distância estiver maior do que aquela estabelecida anteriormente, deve-se remover cera do plano inferior com auxílio de uma espátula Lecron aquecida, se estiver menor, acrescentar cera. Seguimos fazendo isso até que o compasso de willis, ajustado na altura desejada, toque no nariz (Figura 19). Depois de finalizado, os planos são unidos com grampos para que não se movimentem e saiam de posição e posteriormente colocados sobre os modelos de gesso (Figura 20).

**Figura 19 – Ajuste da dimensão vertical.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

**Figura 20 – Planos de orientação ajustados.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Além disso, realizamos a tomada do arco facial, um dispositivo que tem como objetivo registrar o posicionamento da maxila e da mandíbula de acordo com as articulações temporomandibulares (ATMs) e que, posteriormente, serão transferidas para o articulador semiajustável (ASA), onde conseguimos simular os movimentos da

mandíbula em relação a maxila (Telles, 2011). Com a base de prova superior fixa ao garfo de mordida, inserimos o arco facial e encaixamos a base de prova no rebordo, as olivas nos ouvidos da paciente, o relator násio na glabella e apertamos todos os parafusos. Nesse momento, é importante que o arco facial esteja bem firme e estável, mesmo sem o apoio das mãos da paciente. Anotamos a distância intercondilar obtida e seguimos afrouxando os parafusos de cima do arco facial e do relator naso para enfim retirarmos o aparelho.

Também fizemos a escolha da cor dos dentes (A1), conforme Figura 21, e do modelo dos dentes anteriores e posteriores, ilustrado na Figura 22. Considerando o formato do rosto da paciente, a distância intercaninos e a altura e a largura do incisivo central, o modelo escolhido foi o A26 para os dentes anteriores superiores e inferiores, e seguindo a tabela de referência, o modelo dos dentes posteriores que correspondem ao modelo dos anteriores é o 32M.

**Figura 21 – Escolha da cor dos dentes.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).



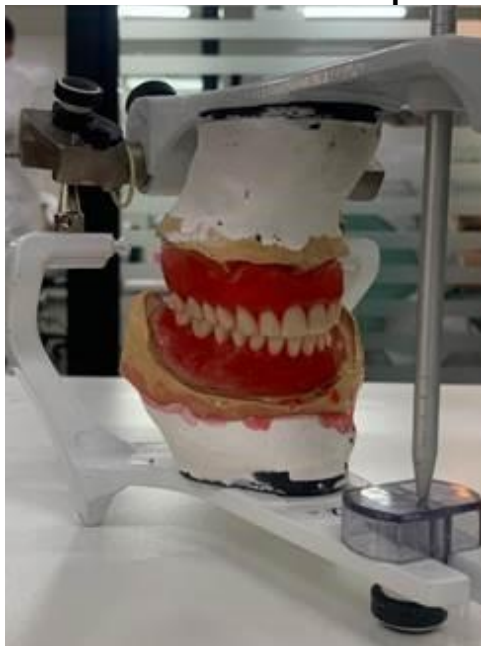
**Figura 23 – Montagem dos modelos funcionais em ASA.**



Fonte: arquivo pessoal da autora (2024).

Finalizada essa etapa, o articulador montado foi entregue ao laboratório para realizar a montagem dos dentes (Figura 24). No próximo atendimento, efetuamos a prova dos dentes em cera e escolha da cor da gengiva, e com a aprovação da paciente, enviamos para o laboratório novamente, mas agora para realizar a acrilização da prótese total (PT).

**Figura 24 – Dentes montados nos planos de cera.**



Fonte: arquivo pessoal da autora (2024).

Uma semana depois, fizemos a instalação das próteses e os ajustes com broca maxicut e minicut. Nessa consulta, foi realizado o ajuste da base da prótese que fica em contato com a mucosa, buscando remover irregularidades ou excesso de material que possa causar dores ao paciente. Também devemos observar se há arestas cortantes, invasão de freios e bridas, ou alguma região que o paciente relate dor ou trauma. Posteriormente, são feitos os ajustes dos contatos oclusais utilizando pinça miller e papel carbono a fim de promover o equilíbrio das relações de contato entre os arcos em oclusão e a articulação. Os contatos devem uniformes, simultâneos bilateralmente e de mesma intensidade. Além disso, realizamos o teste fonético, na qual pedimos o paciente para falar algumas frases para verificarmos se há algum defeito na fonação.

Neste caso em questão, a paciente ficou extremamente satisfeita com a estética entregue, porém observamos durante o teste de retenção que a prótese estava um pouco bamba, e isso poderia afetar a mastigação, a fonação e causaria desconforto à paciente. Visto que, a retenção é um requisito funcional que consiste na capacidade da prótese de suportar às forças extrusivas (Oliveira et al., 2023). Portanto, resolvemos executar o reembasamento das PT superior e inferior. Esse processo resume-se em realizar uma moldagem utilizando a própria prótese como “moldeira” e silicone de adição, para posteriormente o “molde” ser enviado ao laboratório para acrilizar novamente. Passado uma semana, as próteses reembasadas foram entregues à paciente e realizamos novamente todos os testes e ajustes necessários. A paciente relatou melhora acerca da adaptação, fixação e estabilidade das próteses e satisfação com o resultado e com o nosso trabalho (Figura 25).

**Figura 25 – Entrega das próteses totais.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Orientamos a paciente a higienizar mecanicamente a PT após cada refeição, por meio da escova dental com sabão neutro ou creme dental não abrasivo, além da higienização química, onde a paciente deve inserir a prótese em um recipiente com água e uma colher de Hipoclorito de Sódio (água sanitária) e deixar agir por 20 minutos, depois enxaguar e deixar a prótese imersa em água durante a noite a fim de reduzir o acúmulo de biofilme. Isso porque, a placa bacteriana sobre as estruturas da prótese pode causar o desenvolvimento de lesões patológicas na mucosa, como a candidíase oral, estomatite protética, além de desenvolver halitose, cálculos salivares e pigmentação. A cavidade oral também deve ser higienizada com uma escova de cerdas macias.

É importante que o paciente fique sem a PT de 6 a 8 horas por dia para preservar a saúde dos tecidos bucais. Nos primeiros dias, orienta-se o indivíduo a consumir alimentos mais macios e mastigar com cuidado e devagar, pois a adaptação da PT ocorre de 4 a 12 semanas. Inicialmente, as consultas de retorno são mais frequentes para avaliarmos a mucosa, se há úlceras traumáticas causadas pelo contato direto da base da prótese com a mucosa, e para realizar os ajustes necessários. Mas, posteriormente, recomenda-se que o paciente procure um cirurgião-dentista de 6 em 6 meses e depois anualmente para continuar avaliando a prótese e a saúde bucal do paciente. O prognóstico é favorável, considerando a condição do rebordo alveolar, a execução clínica e laboratorial e a boa adaptação da paciente, podendo durar de 5 a 10 anos.

De acordo com o projeto *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1994, p. 43)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Vários fatores como as relações sociais, a satisfação com o trabalho, o suporte familiar e a saúde física e mental influenciam no bem-estar das pessoas, inclusive a saúde bucal. Portanto, considerando o quanto o edentulismo afeta negativamente a vida das pessoas, podemos concluir que a confecção de próteses totais para esses pacientes que convivem com o edentulismo é de suma importância para devolver qualidade de vida a eles, melhorar a estética bucal e física, as interações sociais e conseqüentemente gerar o aumento da autoestima. Um estudo realizado no Brasil em idosos de 60 anos ou mais que tinha como objetivo avaliar a produção de próteses dentárias pelo SUS, concluiu que, ao decorrer dos anos, as políticas voltadas para a produção de próteses vêm tomando força e crescendo, porém essa produção ainda se encontra muito distante da necessidade da população idosa brasileira (Vieira et al., 2023). Investir na saúde bucal é investir na qualidade de vida, pois cada sorriso restaurado é um passo em direção a uma vida mais plena e feliz.

### **2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ingridy Maisa Lima de Carvalho**

Meu nome é Ingridy Maisa Lima de Carvalho, tenho 22 anos e nasci em Contagem-MG. Logo após meu nascimento, me mudei para Nazareno-MG, cidade onde vivi todas as fases da minha vida até precisar me mudar para Lavras em razão da faculdade. Estudei nas escolas públicas de Nazareno durante toda a minha trajetória escolar e, desde criança, ainda no ensino fundamental, tenho boas lembranças do carinho e cuidado das dentistas da prefeitura nas atividades de promoção da saúde bucal oferecidas pela escola. Também me recordo com gratidão da dentista que me acompanhou até os 18 anos, sempre com muita dedicação e responsabilidade. Essas experiências só fortaleceram a minha admiração pelas profissionais da área e aumentaram meu desejo de, um dia, poder proporcionar o mesmo cuidado e atenção às pessoas.

Sempre dei grande importância aos estudos e tinha como objetivo ingressar no curso de odontologia em uma faculdade federal, de modo a não sobrecarregar financeiramente meus pais. Em 2020, prestei o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), mas, ao pensar na dificuldade de ficar longe da minha família, da qual sou muito apegada, fiz uma oração à Nossa Senhora de Nazaré, padroeira de minha cidade, pedindo que me ajudasse a conquistar uma vaga no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), que está a poucos quilômetros de Nazareno, com uma bolsa de estudos. Após lançar minha nota no processo seletivo, fui agraciada com uma bolsa de 50% pelo ProUni nessa universidade, e em agosto de 2021, iniciei o curso de odontologia com uma felicidade indescritível e a certeza de que fiz a escolha certa.

Chegou o momento de sair de casa, um dos desafios mais difíceis para mim, que sempre estive ao lado dos meus pais e avós, que são as pessoas que eu mais amo e que sempre me apoiaram. No entanto, eu sabia que precisava buscar meus sonhos e conquistar minha independência. Foram dias de angústia, medo e muitas lágrimas, mas sempre com a certeza de que Deus e Nossa Senhora de Nazaré estavam e continuam comigo em todos os momentos. Ao refletir sobre essa trajetória, percebo que a Odontologia me proporcionou experiências, amizades e aprendizados que guardarei para sempre. Lembro-me com carinho do primeiro laboratório e do primeiro atendimento na clínica, momentos únicos de realização de um sonho. Sinto que amadureci muito nesses anos e tive o apoio de pessoas queridas que me ajudaram nos momentos de necessidade, especialmente aos professores pelos ensinamentos e aos pacientes que confiaram em mim e me deram a oportunidade de fazer o meu melhor por eles. Sou imensamente grata por tudo o que vivi até agora no curso e por cada pessoa que cruzou o meu caminho.

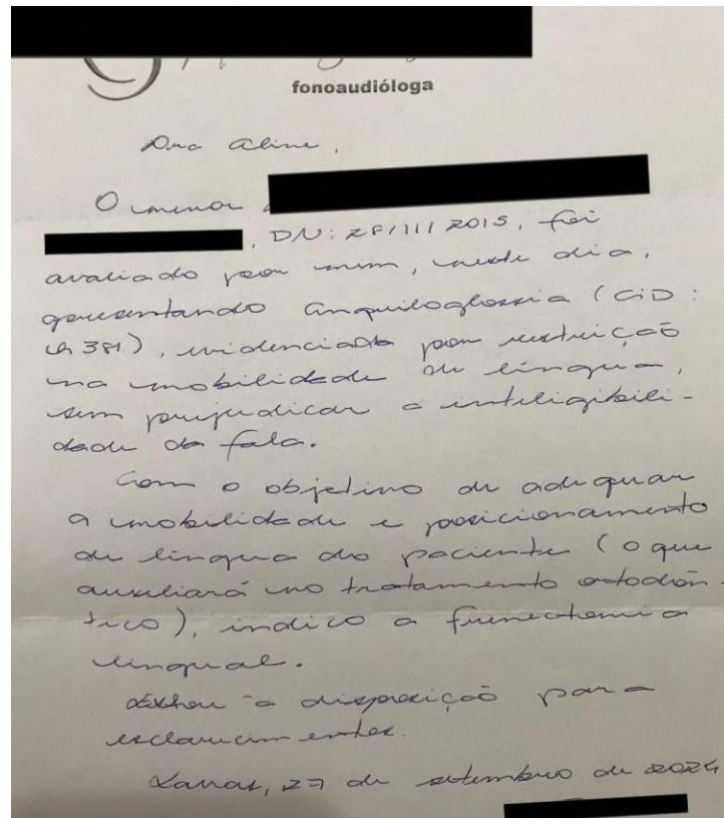
### **2.3.1 Desenvolvimento das atividades**

O presente caso que irei apresentar é sobre uma cirurgia de frenectomia lingual, realizada na Clínica Infantil III, no ano de 2024, em paciente do sexo masculino, com nove anos de idade.

Um paciente do sexo masculino, de 9 anos de idade, compareceu à Clínica Infantil III no dia em que fui designada para o atendimento de urgência. Ele estava acompanhado de sua mãe, que trouxe um encaminhamento da fonoaudióloga, no qual estava descrito que o paciente apresentava anquiloglossia (CID: 38), uma condição

identificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e que pode ser diagnosticada em diferentes faixas etárias, desde o nascimento até a fase adulta. O encaminhamento (Figura 26) indicava a necessidade de realização de uma frenectomia lingual, procedimento que contribuiria para o tratamento ortodôntico em andamento, afim de corrigir uma atresia maxilar associada à mordida cruzada posterior, também realizado no UNILAVRAS.

**Figura 26 – Carta de encaminhamento da fonoaudióloga.**



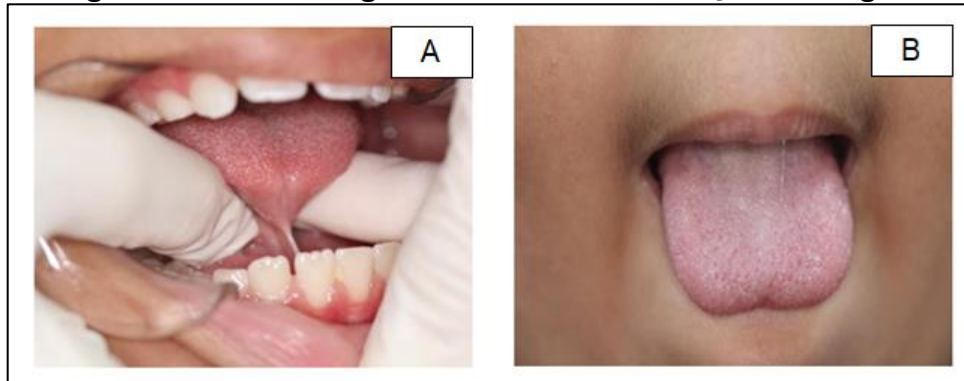
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

O atendimento foi procurado somente após o paciente ser avaliado pela fonoaudióloga, a pedido de uma aluna do curso de especialização em ortodontia do Centro Universitário de Lavras. Segundo a mãe, ela não havia percebido nenhuma alteração na fala do filho. Iniciamos o preenchimento da ficha de urgência, na qual a mãe relatou que o paciente não apresentava doenças de base. A carteirinha de vacinação foi apresentada e verificamos que estava em dia. Em seguida, realizamos os exames extrabucal e intrabucal.

No exame intrabucal, observei que o paciente apresentava uma limitação nos movimentos da língua, além de um freio lingual (FL) curto. Ao pedir para que ele

colocasse a língua para fora da boca, a mesma assumiu um formato em coração, confirmando que o freio lingual estava, de fato, curto (Figura 27).

**Figura 27 – Freio lingual e formato em coração da língua.**



(A) Freio lingual curto. (B) Formato em coração da língua.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Também verificamos que não havia alteração na articulação da fala. Para confirmar, sob orientação da professora Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, fiz o monitoramento da fala do paciente, pedindo que ele repetisse palavras como: rato, três, pato, escola e café. Essas palavras foram selecionadas com base na recomendação de Miranda (2015), pois envolvem sons que exigem movimentos amplos da língua, como as consoantes "t", "l", "r" e "s", que são frequentemente afetadas pela limitação dos movimentos linguais causados pela anquiloglossia. Observamos que, embora houvesse uma restrição na mobilidade da língua, isso não comprometia a inteligibilidade da fala.

De acordo com Nogueira, Inocêncio e Barbosa (2021), o freio lingual (FL) é composto por fibras superiores do músculo genioglosso, que devem passar por apoptose e migração para a porção mediana do dorso da língua durante o desenvolvimento embrionário. Quando ocorre falha em ambos os processos celulares, resulta em anquiloglossia, condição caracterizada pela limitação dos movimentos da língua, comumente chamada de "língua presa", e que apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo masculino.

Segundo Machado e Rodrigues (2021), a anquiloglossia pode ser classificada como total ou parcial. A anquiloglossia total ocorre quando a língua está completamente fixada à região sublingual, enquanto a anquiloglossia parcial, que é a mais comum, apresenta um nível de fixação menor. Além dessa classificação, Brito et al. (2008), citados por Saar et al. (2021), classificam o freio lingual (FL) alterado com

base na sua extensão ou inserção. Dessa forma, as classificações são: FL com inserção anteriorizada, freio curto e freio curto com inserção anteriorizada. As definições desses termos são, respectivamente: inserção na face sublingual após a sua metade, independentemente de sua posição; freio com medida encurtada; e freio que apresenta ambas as características mencionadas. Lembrando que em qualquer das condições se tem uma limitação do movimento da língua.

O paciente apresentava anquiloglossia parcial e freio curto com inserção anteriorizada. De acordo com Ferreira et al. (2018), citados por Recchioni et al. (2021), o diagnóstico precoce da anquiloglossia é essencial, pois alterações na mobilidade total ou parcial da língua, na fonética e na dicção são algumas das consequências associadas à inserção anormal do freio lingual. Por exemplo, as consequências da não realização da frenectomia lingual em um paciente de 9 anos, como mencionado acima, poderiam ter sido mais graves, incluindo alterações periodontais, ortodônticas e protéticas relacionadas à dificuldade de higienização bucal, além de problemas psicossociais devido à mobilidade lingual limitada. Em relação à dicção, os problemas geralmente envolvem distorções fonéticas, como os sons “s” e “z”, mesmo que a restrição na mobilidade da língua não prejudique a inteligibilidade da fala desse paciente.

Vale destacar que essa criança passou por vários dentistas ao longo dos anos, mas nenhum deles foi capaz de identificar a presença de anquiloglossia parcial, caracterizada por um freio lingual curto com inserção anteriorizada, nem a necessidade de frenectomia lingual. Apesar de já ter 9 anos, a condição só foi detectada recentemente, o que impactou o desenvolvimento das funções orais da criança.

No exame clínico notamos que o paciente apresentava uma boa higiene bucal e dentes hígidos, sem a necessidade de radiografias e outros procedimentos dentários. À medida que o exame clínico foi sendo executado e ao conversar com a mãe sobre a possibilidade de realizar a frenectomia lingual, ela relatou que seu filho tem dificuldades ao tomar sorvete e chupar picolé, pois acaba se sujando na parte externa da boca e não consegue se limpar com a língua da mesma forma que outras pessoas, devido à limitação da mobilidade lingual. Dessa forma, a mãe nos apoiou na decisão para a realização da frenectomia lingual.

O paciente não demonstrava sofrer bullying em seu convívio social, pois, como dito anteriormente, ele apresentava uma restrição da mobilidade da língua, mas não prejudicava sua fala.

Na anamnese a mãe relatou que quando bebê o paciente não possuía nenhuma dificuldade de sucção do leite materno, sendo essa característica a mais indicada para a realização da frenectomia lingual em recém-nascidos. A intervenção nesse momento garante ao bebê e a mãe um conforto para essa fase super delicada da vida dos dois, além de evitar futuras dificuldades (Nogueira; Inocêncio; Barbosa, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), atualmente, existe uma lei no Brasil (Lei nº 13.002/2014) que torna obrigatória a realização do teste da linguinha em todas as maternidades nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Esse teste deve ser acompanhado da avaliação da mamada, com o objetivo de evitar dificuldades na pega, fissuras nos seios maternos e, conseqüentemente, problemas no ganho de peso da criança. Além disso, esses fatores podem contribuir para o abandono do aleitamento materno, o que é prejudicial para o desenvolvimento do bebê. De acordo com Guedes-Pinto (2016), o leite materno oferece inúmeras vantagens, como o fortalecimento do sistema imunológico e o fornecimento de todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento da criança, além dos benefícios do ato de sugar, que favorece o desenvolvimento adequado da maxila e da mandíbula.

Para o planejamento da cirurgia, conversamos com a criança explicando que ela teria que cooperar, pois, caso ela não colaborasse, não conseguiríamos realizar o procedimento cirúrgico sem o uso de sedação. A criança concordou e disse que estava de acordo. Depois de todo esse processo, o próximo procedimento realizado foi a cirurgia de frenectomia lingual, sob orientação da professora Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, que será descrito abaixo:

O primeiro passo para a realização da cirurgia foi a paramentação e a montagem da mesa cirúrgica. Em seguida, solicitamos que o paciente fizesse o bochecho com 10 ml da solução de clorexidina a 0,12% para antissepsia oral e com clorexidina a 2% para antissepsia extraoral. Com isso, iniciamos o procedimento anestésico. Para garantir maior conforto ao paciente, optei pela técnica de anestesia do nervo lingual do lado direito, com o objetivo de assegurar que o ápice da língua estivesse completamente anestesiado, evitando desconforto durante a punção na base da língua.

É importante destacar que, para um momento de anestesia mais confortável, realizamos a secagem da mucosa antes da punção e aplicamos anestésico tópico previamente à primeira injeção. Verificamos a sensibilidade nos dois terços anteriores da língua e na região sublingual, obtendo uma resposta negativa para dor. Com isso, seguimos para a anestesia do ventre da língua (Figura 28). Anestesei primeiro o lado direito, penetrando a agulha de 1 a 2/3 de sua extensão, e, em seguida, repeti o procedimento no lado esquerdo. Essa abordagem visa minimizar o desconforto do paciente e reduzir o sangramento durante a cirurgia.

**Figura 28 – Anestesia do freio lingual do lado direito na região do ventre da língua.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após a sensibilização total da região pela solução anestésica, utilizamos um fio de sutura de seda para transpassar a língua e assim ter a possibilidade de estabilizar e tracionar a língua durante todo o procedimento cirúrgico. Além disso, utilizamos um abridor de boca para nos auxiliar (Figura 29).

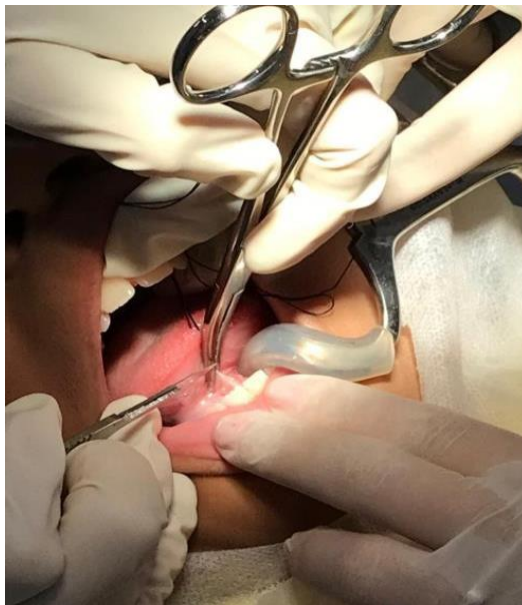
**Figura 29 – Tracionamento da língua utilizando fio de sutura.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Com o tracionamento da língua do paciente, pinçamos o freio lingual com uma pinça hemostática curva e o corte dele foi feito com uma lâmina de bisturi número 15 (Figura 30). Esta técnica é preconizada pela disciplina de Clínica Infantil do UNILAVRAS, mas, é válido lembrar que outras técnicas também são aceitas pela literatura.

**Figura 30 – Incisão do freio lingual.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

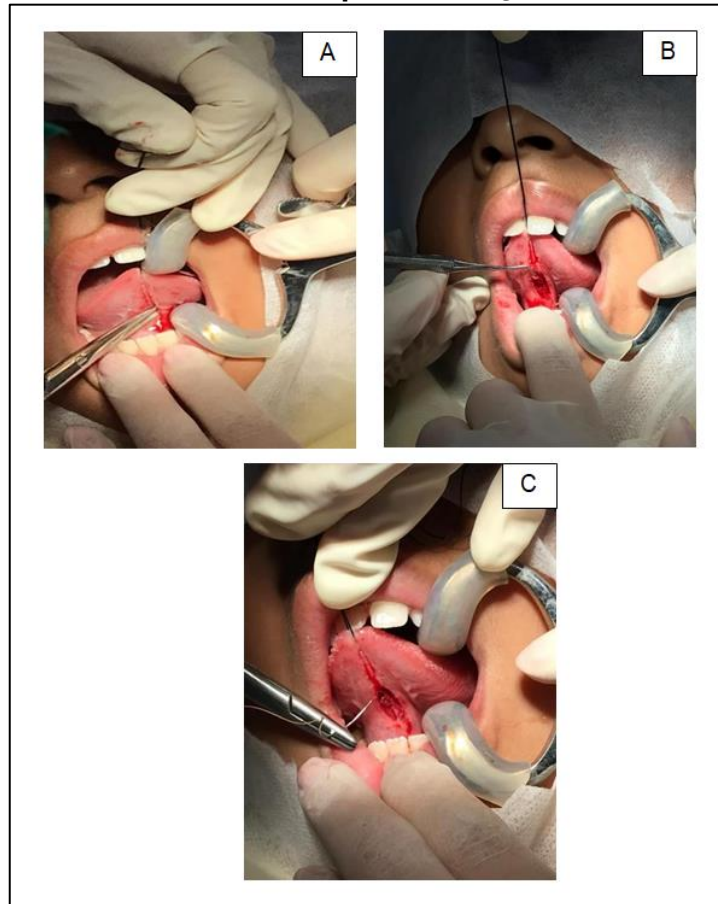
Aguiar et al. (2024) mencionam somente o bisturi convencional, técnica base para a realização do tratamento em questão, já Moreira et al. (2022), citados por Capelario et al. (2023), mencionam que, além do bisturi convencional, o bisturi elétrico também pode ser utilizado para esse fim. No entanto, destacam o uso do laser em procedimentos cirúrgicos, uma vez que essa tecnologia tem mostrado benefícios significativos na prática odontológica. O uso do laser oferece várias vantagens, como menor risco de infecção, cicatrização mais eficiente, maior conforto pós-operatório devido à redução do processo inflamatório, menor quantidade de solução anestésica necessária e contribuição no controle da hemorragia. Embora atualmente não haja estudos suficientes que evidenciem grandes diferenças entre o uso de laser de Diodo e de CO2 em tais intervenções, sabe-se que ambos os tipos de laser, quando comparados às técnicas convencionais de frenectomia, oferecem ao paciente uma maior comodidade. Diante disso, não há uma definição clara sobre qual tipo de laser é mais indicado para intervenções em frenectomias.

Independentemente da técnica ou material escolhido, é importante ressaltar que o corte ou a incisão devem ser realizados de forma minuciosa, a fim de evitar danos ao ducto da glândula salivar sublingual.

Imparato (2013) descreve a técnica que opta pela tesoura como o instrumento de escolha para esse tipo de cirurgia. O tamanho do corte é avaliado conforme observamos a melhora na movimentação da língua, que é monitorada por meio do tracionamento com o fio de sutura. Para garantir maior segurança durante o procedimento cirúrgico, após o corte do freio, o procedimento continua nas laterais do freio utilizando tesoura romba. Para facilitar a divulsão do tecido fibroso, além da tesoura de ponta romba, foi também utilizado o instrumento Holleback 3s (Figura 31).

Este procedimento exige grande cuidado por parte do profissional para evitar qualquer acidente iatrogênico e reduzir o risco de recidiva. Além disso, a colaboração do paciente durante a cirurgia é fundamental. E, após o corte, a ferida adquire um formato losangular (Figura 31-C).

**Figura 31 – Procedimento para correção do freio lingual.**



(A) Tesoura de ponta romba para divulsão do tecido fibroso. (B) Hollemback 3s para divulsão do tecido fibroso. (C) Formato losangular da ferida após o corte e divulsão do tecido fibroso. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Para a sutura, a professora Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino me instruiu a usar um fio reabsorvível, para que a remoção da sutura não fosse necessária, pois na região sublingual gera um maior desconforto para o paciente. A sutura deve começar pelo centro do corte, seguida da parte superior e depois da parte inferior.

Nesse momento é exigido cautela do profissional para não suturar os ductos da glândula submandibular, estrutura nobre do assoalho bucal. A sutura deve ser realizada com vários pontos simples, garantindo eficiência e boas condições, a fim de evitar uma cicatrização inadequada (Figura 32).

**Figura 32 – Sutura realizada com fio reabsorvível, contendo 3 pontos simples.**

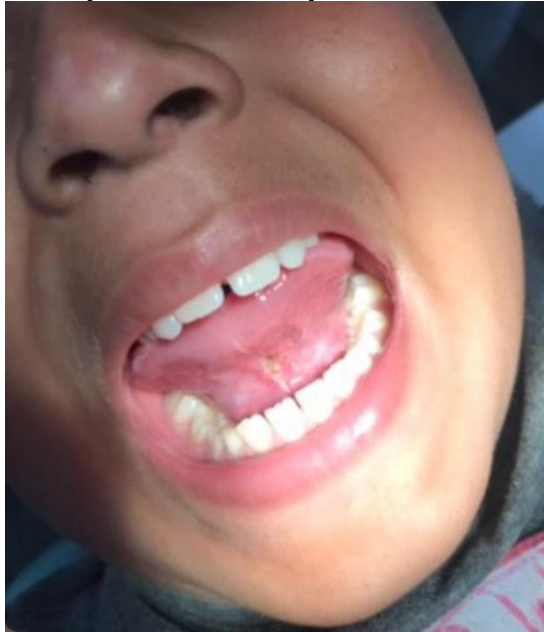


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após o ato cirúrgico, foi prescrito para o paciente somente analgésico, pois não havia a necessidade da prescrição de outros fármacos como antibióticos e anti-inflamatórios. O analgésico prescrito foi dipirona de 500 mg em solução, de acordo com o peso da criança.

Sete dias após a cirurgia, o paciente e sua mãe retornaram à clínica para avaliação da cicatrização do tecido. Ao observar a área, constatamos que a reparação tecidual apresentava boas características (Figura 33). O paciente não relatou qualquer sintoma, e, durante a consulta, a mãe comentou sobre a melhora nos movimentos da língua, notada quando seu filho estava tomando sorvete e chupando picolé. Como mencionado no início do trabalho, a criança tinha dificuldades para realizar essas atividades anteriormente.

**Figura 33 – Aspecto clínico após sete dias da cirurgia.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Decorridos 14 dias, solicitamos que o paciente e sua mãe retornassem à Clínica Infantil III para uma nova avaliação da cicatrização. O resultado foi surpreendente e satisfatório (Figura 34).

**Figura 34 – Resultado da cicatrização após 14 dias de cirurgia.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Apesar da melhora observada, orientamos que a mãe retornasse à terapia fonoaudiológica para dar continuidade ao tratamento. Dessa forma, garantimos que o resultado fosse ainda mais satisfatório, uma vez que o profissional auxiliaria no enfrentamento de outras dificuldades.

Guedes-Pinto (2016) destaca a importância do envolvimento de outros profissionais no tratamento de crianças. Ele enfatiza a significativa contribuição do fonoaudiólogo na prevenção, avaliação e tratamento de possíveis alterações no sistema estomatognático. Essa colaboração entre profissionais de diferentes áreas assegura um tratamento preciso e eficaz, gerando resultados positivos em um tempo mais curto, além de ser fundamental na fase diagnóstica.

#### **2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Istefany Laisa Lima de Carvalho**

Meu nome é Istefany Laisa Lima de Carvalho, nasci em Contagem-MG, mas morei a minha vida toda em Nazareno-MG. Advenho de família do interior e do meio rural, onde os costumes e os princípios me propuseram a fazer tudo com dedicação e amor. Tenho 22 anos e ingressei no curso de odontologia no segundo semestre do ano de 2021, no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). Tinha apenas 19 anos e concluirei minha graduação com 24 anos.

Sempre estudei em escola pública, todas elas na cidade de Nazareno-MG e durante meu último ano de ensino médio, ingressei em um curso pré-vestibular na cidade de São João del-Rei-MG durante a noite, a rotina era cansativa, pois viaja todos os dias, mas esses impasses me ajudaram a prestar o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e conseguir a tão sonhada vaga na área da odontologia.

A todo momento tive o apoio e a força dos meus pais, os quais, devido às circunstâncias da época, não puderam ter um curso superior. Desse modo, o desejo era proporcionar às filhas tudo aquilo que eles não tiveram. À vista disso, o estudo e a dedicação se tornaram objetivos abundantes em minha vida, de modo que a minha vontade é retribuir a eles tudo aquilo que fazem por mim.

Durante o ensino fundamental, surgiu diversos pensamentos sobre a possibilidade de prestar vestibular para numerosos cursos, mas sempre mantive a certeza de que seria na área da saúde. No decorrer do ensino médio, tive o privilégio de vivenciar uma amostra de profissões no UNILAVRAS e me encantei pelo curso de odontologia, tendo a certeza de que essa seria a minha escolha e o meu propósito de vida. No ano de 2021, decidi colocar a minha nota do Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) no Programa Universidade para Todos (PROUNI) e alcancei a tão esperada bolsa parcial de 50% no curso de odontologia do UNILAVRAS. Foi uma

conquista de extrema importância para mim, tendo em conta que isso ajudaria financeiramente meus pais com os gastos da faculdade.

O momento de mudar para Lavras-MG foi árduo, visto que, naquele ano enfrentávamos o fim da pandemia. Nisso, principiou em mim a insegurança, o medo e a ansiedade de deixar meus pais e meus avós, os quais eu sou muito apegada, mas com o apoio deles e com muita fé em Deus e Nossa Senhora Aparecida consegui superar esse obstáculo. A luta com a vida longe de casa em uma cidade diferente e a saudade da minha família é uma dificuldade que enfrento todos os dias. No entanto, olho para a minha trajetória e vejo o quanto sou grata por tudo que já vivi até aqui, uma vez que a odontologia e a independência me proporcionaram ser uma pessoa mais madura, confiante e forte. Afinal, como diz 1 Coríntios 2:9: “As coisas que o olho não viu, e o ouvido não ouviu, e não subiram ao coração do homem são as que Deus preparou para os que o amam” (Bíblia, 2015, p. 1747).

Minha escolha pelo Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) não foi somente por estar perto de casa, mas também por toda as condições que a faculdade proporciona, pela excelência na qualidade do curso e por diversos profissionais renomados formados no UNILAVRAS. Com isso tive a convicção de que estaria em um local que me levaria a ser uma boa profissional.

Ao longo de todos esses anos de curso, cada aprendizado novo foi uma instigação e cada paciente atendido foi uma evolução para mim. Desse modo, consegui enxergar em mim o amor e o dom pela odontologia. Sou profundamente grata, honrada e realizada por tudo que vivi nesses anos e por tudo que o curso me proporcionou.

O caso clínico que irei apresentar neste trabalho é sobre o diagnóstico de Dens Invaginatus Tipo I aliado à tomografia de alta resolução, no ano de 2022, em uma paciente do sexo feminino com 19 anos de idade.

#### **2.4.1 Desenvolvimento das atividades**

Paciente do gênero feminino, 19 anos de idade, estudante do curso de odontologia do UNILAVRAS, compareceu ao laboratório de radiologia nas aulas de Diagnóstico Oral II para radiografias periapicais de rotina dos incisivos superiores anteriores. Com o exame radiográfico periapical do dente 12 (Figura 35), descobriu-se uma lesão periapical extensa envolvendo o seu ápice, sem sintomatologia. Com o

exame clínico, notou-se que a coloração se diferenciava dos demais dentes e possuía uma cúspide em garra na região palatina do dente 12. Partimos para os testes de vitalidade, com respostas negativas validando necrose pulpar.

**Figura 35 – Radiografia convencional periapical do dente 12.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

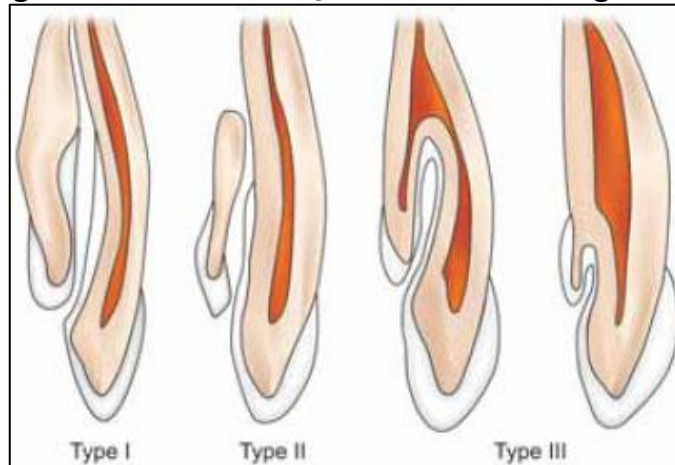
A professora Chrystiani Souza Paiva Capelli sugeriu que eu fizesse mais radiografias periapicais com o método digital, um novo exame clínico e, também, o pedido da tomografia computadorizada por feixe cônico. Com o pedido da tomografia em mãos, a paciente fez o respectivo exame de imagem, o qual nos indicou o diagnóstico de Dens Invaginatus, com invaginação do esmalte restrita à coroa dental, sem invasão radicular, como o Tipo I segundo Oehlers (1957). A aluna foi encaminhada para realizar o tratamento endodôntico convencional.

O dente invaginado é um distúrbio de desenvolvimento dentário que ocorre durante a odontogênese. Segundo González-Mancilla et al. (2022), no decorrer da fase de formação dos maxilares, algumas modificações podem acontecer e suceder em malformações dentárias como o dens in dente, cuja denominação mais pertinente é dens invaginatus ou dente invaginado. Desse modo, Dens invaginatus, também conhecido como dens in dente, é uma anomalia do desenvolvimento dentário que resulta em uma invaginação no dente, porque os tecidos dentários criam uma dobra da superfície externa em direção à polpa, antes da calcificação dos tecidos.

A prevalência do dens invaginatus acomete cerca de 0,03% a 10% da população mundial. A etiologia definitiva por trás dessa anomalia ainda não está clara, mas fatores genéticos e ambientais contribuem para a ocorrência dessa malformação, visto que a irmã gêmea da paciente também possui esse distúrbio no elemento 12 e já passou pelo tratamento de canal no referido dente, o qual foi diagnosticado como um trauma pelo dentista que realizou o tratamento. Desse modo, agendamos um exame clínico para a irmã da paciente no UNILAVRAS e neste exame foi constatado, também, uma cúspide em garra na região palatina do dente 12, fato que pode confirmar a origem genética do Dens Invaginatus. Alguns autores também acreditam que essa condição está relacionada ao retardo de crescimento focal, estimulação do crescimento focal ou pressão externa localizada em áreas específicas do broto dentário (Aras et al., 2024). O Dens in dente pode ocorrer em ambas as dentições, tanto na permanente quanto na decídua, sendo mais habitual na permanente (González-Mancilla et al., 2022). Não incide em todos os dentes de forma semelhante, sendo os incisivos laterais superiores os mais comumente afetados, seguidos pelos incisivos centrais superiores, caninos e pré-molares (Siqueira Júnior et al., 2022). Apesar da ocorrência em molares ser mais rara, alguns casos já foram descritos na literatura, não podendo descartá-los (Saincher et al., 2018). Desse modo, fica claro que o Dens Invaginatus acomete com maior frequência os incisivos laterais superiores permanentes, como foi relatado no caso clínico acima.

Dependendo do grau de comprometimento do dente para a invaginação, ele pode ser classificado em três grupos (Figura 36), sugerido por Ohelers (1957): Tipo I, a invaginação do esmalte está circunscrita à área da coroa dental; Tipo II, a invaginação do esmalte ultrapassa a junção amelocementária, estendendo-se até a raiz e terminando em um “saco cego” e Tipo III, com invaginação do esmalte atingindo a região apical do dente, de modo a formar mais de um forame apical.

**Figura 36 – Classificações do Dens Invaginatus.**



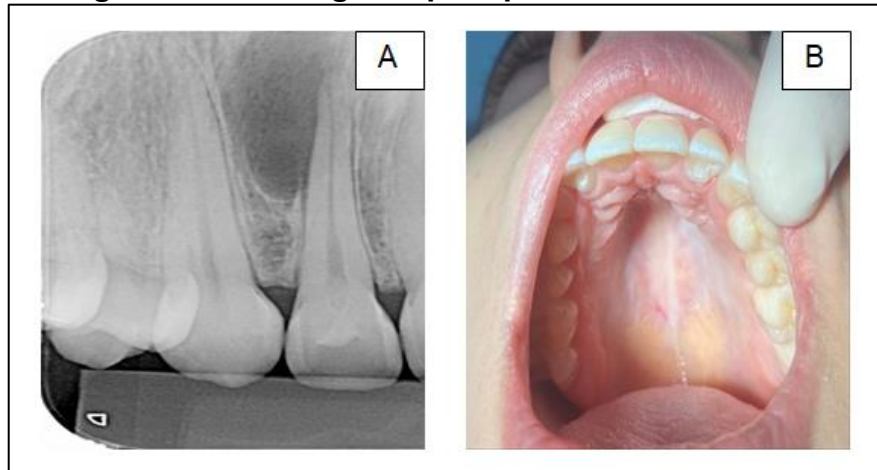
Fonte: Dentagama (2016).

Segundo Kharangate et al. (2015), a invaginação favorece a entrada de agentes irritantes em uma área que fica separada do tecido pulpar entre o esmalte e a dentina, sendo assim, o dente se torna afetado por essa anomalia e fica propenso ao desenvolvimento de cáries dentárias, infecções e necrose pulpar. Desse modo, o diagnóstico precoce do dens invaginatus, principalmente quando essa anomalia se encontrar nas fossas profundas da face palatina dos incisivos superiores permanentes é de extrema importância.

#### 2.4.1.1 A importância da radiografia e da tomografia de alta resolução para o diagnóstico de Dens Invaginatus

No dia trinta e um de maio de 2022, a paciente foi até a clínica odontológica do UNILAVRAS na disciplina de Diagnóstico Oral II para novas radiografias periapicais no método digital e para um novo exame clínico. Como éramos dupla no laboratório e na clínica, realizei o exame de imagem periapical do dente 12 da paciente aliado ao exame clínico. Uma vez que pacientes que foram diagnosticados com Dens Invaginatus em um dente devem suspeitar do mesmo diagnóstico no dente contralateral. Desse modo, o dente 22 já estava com a fissura palatina selada e o dente com vitalidade, não sendo preciso nenhuma intervenção (Figura 37).

**Figura 37 – Radiografia periapical e exame clínico.**



(A) Radiografia periapical digital do dente 12. (B) Exame clínico.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Diante disso, juntamente com a professora Chrystiani Souza Paiva Capelli, fiz o pedido de tomografia computadorizada por feixe cônico para fechar o diagnóstico. Logo, a paciente, na mesma data de 31/05/2022 se submeteu ao exame tomográfico e encaminhou o resultado em primeiro de julho de 2022. O diagnóstico foi fechado como Dens Invaginatus Tipo I segundo Oehlers (1957) (Figura 38). Nesse sentido, com a surpresa do diagnóstico e em conversa entre a professora Chrystiani Souza Paiva Capelli e a professora Natália Galvão Garcia o caso clínico foi aprovado e se tornou minha apresentação em painel durante a Jornada Mineira de Estomatologia (JOME), realizada no UNILAVRAS em maio de 2023.

**Figura 38 – Documento contendo o resultado da tomografia.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

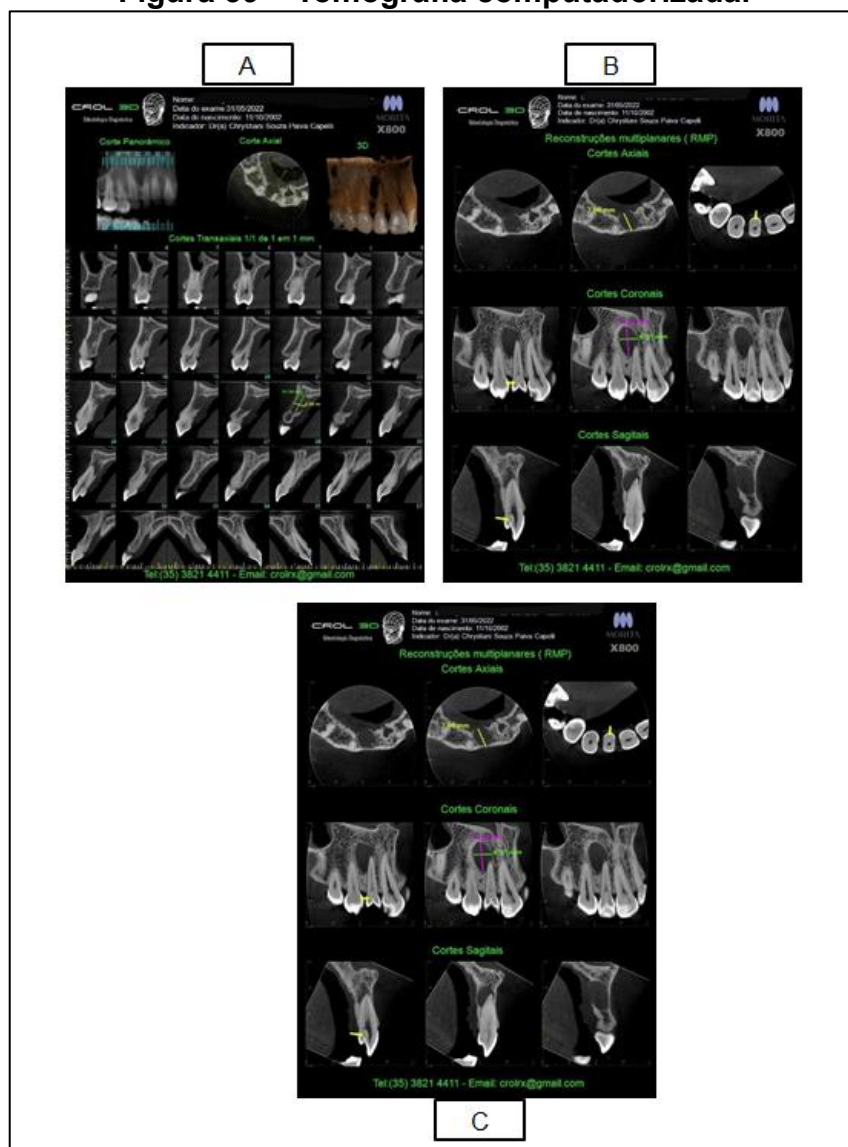
Geralmente a presença de dente invaginado é detectada em exames radiográficos de rotina (panorâmica ou radiografia periapical) ou por meio de tomografia computadorizada. Clinicamente, a mudança morfológica da coroa pode servir como base para confirmação do diagnóstico, como a presença de uma cúspide em garra na região palatina.

Radiograficamente, essa anormalidade se apresenta como uma invaginação do esmalte na câmara da polpa, onde o esmalte aparece bem delineado e opaco, dando a impressão de “um dente dentro de outro” (Sousa; Bramante, 2007, p. 153). Sendo assim, é imprescindível um diagnóstico precoce do Dens Invaginatus, especialmente, quando essa anormalidade se encontrar nas fossas profundas da face palatina dos incisivos laterais superiores permanentes. Tendo em vista esse relato, as radiografias bidimensionais não conseguem fornecer informações detalhadas sobre o sistema interno dos canais radiculares dos dentes afetados, sendo indicado, principalmente para o Dens Invaginatus Tipo I, a tomografia computadorizada por feixe cônico, pois a porta de entrada para os microrganismos não é mostrada na radiografia bidimensional, sendo assim, ela irá proporcionar maior certeza no diagnóstico.

Na década de 1990, relataram pela primeira vez a aplicação de tomografias computadorizadas em endodontia. Mais recentemente, com o uso generalizado de imagens tridimensionais em endodontia, o diagnóstico e o tratamento de casos

complicados tornaram-se mais eficientes. Hoje em dia, as imagens tridimensionais também podem ser reconstruídas com precisão, o que revela o tipo e a extensão do Dente Invaginado. Com a tomografia de alta resolução em mãos, tivemos várias imagens tridimensionais com cortes transaxiais, axiais, coronais e sagitais, os quais validavam Dens Invaginatus Tipo I, extensão da lesão periapical e a comunicação da entrada da fenda com o meio bucal, motivo pelo qual se deu a necrose pulpar e a extensa lesão periapical (Figura 39).

**Figura 39 – Tomografia computadorizada.**



(A) Cortes Transaxiais 1/1 de 1 em 1mm. (B) Cortes axiais, coronais e sagitais exibindo a comunicação da fenda com o meio bucal destacada pela seta. (C) Cortes Axiais, cortes transversais ao plano horizontal do paciente. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Com o surgimento da tomografia computadorizada, da qual se obtém imagens em 3 dimensões, é possível examinar um elemento dental nos sentidos vestibulopalatino/lingual, méσιο-distal e incisivo-apical. No entanto, com imagens 2D, nem sempre é possível detectar distúrbios devido a sobreposição das estruturas. Com o advento da imagem 3D, como a tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC), anomalias podem ser visualizadas e relatadas com mais frequência (Sawhney; Agarwal; Gupta, 2023). Além do que, é possível fazer uma ampliação da região examinada devido a resolução deste exame. Ou seja, com a tomografia é possível fazer um diagnóstico muito mais preciso comparado ao exame radiográfico convencional.

Dessa forma, a tomografia computadorizada de feixe cônico é a melhor escolha entre as técnicas de imagem tridimensionais que diz respeito à sua superioridade na geração de imagens de sistemas de canais radiculares complicados. Por vezes, um dente pode ter mais de uma invaginação, nesse caso o dente 12 possuía somente uma invaginação, porém, nas radiografias bidimensionais ele podia ser confundido com um dente com características normais, assim, a aplicação da tomografia computadorizada (TC) para entender o sistema de canais radiculares é essencial. Desse modo, o diagnóstico de Dens Invaginatus Tipo I foi fechado com clareza (Figura 40).

**Figura 40 – Laudo constatando Dens Invaginatus Tipo I.**

**CENTRO DE RADIOLOGIA DIGITAL**  
**T.C. CONE BEAM**  
 Nome: ...  
 Data: 31/05/2022  
 Indicação: Uni - Prof. Chrystiani Souza Paiva Capelli  
**Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (Cone Beam) da maxila**  
**Protocolo**  
 Exame de Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (Cone Beam) realizado para análise tomográfica do dente 12, conforme solicitação do cirurgião-dentista.  
 Exame realizado no aparelho X800 Morita de Alta Resolução, com área de escaneamento de 40x40mm, com voxel de 0,008mm de espessura.  
 As imagens 3D não apresentam tamanho real e são ilustrativas.

**Análises gerais:**  
 Estruturas dentro dos padrões de normalidade.

**Análises dentárias:**  
 Dente 12 apresenta dens invaginatus, com invaginação na coroa antes da junção esmalte-cimento, sem invasão radicular (Tipo I segundo Oehlers, 1978). Nota-se imagem hipodensa extensa na região periapical, com rompimento da lâmina dura na região apical da raiz, com o ápice radicular envolvido em seu interior, compatível com lesão periapical. A lesão apresenta 11,22mm de altura, 6,51mm de largura e 7mm no sentido ântero-posterior, provocando severo adelgaçamento da cortical óssea palatina (corte transaxial 23).  
**Observação:** Foram impressos cortes transaxiais com 0,5mm de espessura, intervalos de 1,0 mm e reconstruções multiplanares.  
 Exame impresso em 03 templates. Para manipulação dinâmica das imagens tomográficas foram disponibilizados os arquivos DICOM e o visualizador no software OneVolViewer (OVV).  
O exame tomográfico é um exame complementar e, como tal, deverá ser avaliado pelo cirurgião-dentista que assiste o caso para correção clínica e decisão da conduta terapêutica.

*Paulo Capelli*  
 Dr. Paulo Capelli CROMG 21016  
 Mestre e Especialista em Radiologia Odontológica

*Chrystiani P. Capelli*  
 Dra. Chrystiani Capelli CROMG 24176  
 Mestre e Especialista em Radiologia Odontológica

*Dr. Paulo Capelli*  
 Radiologia Odontológica  
 CROMG 21016

*Dra. Chrystiani P. Capelli*  
 Cirurgião Dentista  
 CROMG 24176

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

#### 2.4.1.2 Endodontia em Dens Invaginatus

A paciente foi encaminhada para a Clínica de Odontologia do UNILAVRAS para as atividades vocacionais de endodontia, uma vez que, no 4º período eu ainda não realizava procedimentos de endodônticos. Dessa forma, uma ex aluna que cursava o 10º período do curso de odontologia no ano de 2022, juntamente com o professor Marcone Reis Luiz fizeram novos testes térmicos no dente 12. Com o exame tomográfico em mãos, chegaram ao diagnóstico de Necrose Pulpar com lesão Periapical e o plano de tratamento foi Necropulpectomia II. O tratamento endodôntico busca a saúde dos tecidos periapicais para que dentes com pulpite irreversível e necrose pulpar não sejam encaminhados para exodontia. Para atingir este objetivo, a limpeza, o preparo e modelagem do sistema de canais é imprescindível. Para executar a fase de limpeza e modelagem, o conhecimento da anatomia dos canais radiculares e suas variações é muito importante (Lopes; Siqueira Júnior, 2020).

As variações anatômicas dos dentes podem ser encontradas tanto externamente quanto internamente, prejudicando assim estética, função, acesso dos canais, localização e instrumentação dos mesmos. Como exemplos destas variações pode-se citar fusão, geminação, taurodontia, dens in dente, canais acessórios, canais laterais e comunicações.

De acordo com Oliveira et al. (2018), em casos de Dens Invaginatus a terapia endodôntica convencional vêm demonstrando sucesso clínico. O Tipo I é o que menos oferece problemas para este tipo de procedimento, pois seu tamanho reduzido da invaginação se restringe a coroa dentária. Desse modo, a ex aluna, com meu auxílio, realizou o acesso por baixo da cúspide em garra, sem comprometer a sua anatomia. Recomenda-se que a invaginação seja sempre abordada, independentemente do tipo de toca *invaginatus*. O canal radicular deve ser tratado sempre que a polpa estiver irreversivelmente inflamada ou necrótica. O manejo endodôntico de dentes com antros invaginatus costuma ser complicado devido à sua complexidade anatômica, e estratégias especiais e personalizadas devem ser elaboradas (Siqueira Júnior et al., 2022). Ademais, tivemos sucesso no acesso ao Dens Invaginatus Tipo I, sendo este, como citado anteriormente, o que menos oferece problema desde o acesso até o procedimento final.

A primeira sessão foi terminada, auxiliei desde o acesso, penetração desinfetante até a medicação intra-canal. A paciente ficou 15 dias com a medicação

de Hidróxido de Cálcio, com o intuito de combater a infecção e regredir a lesão periapical extensa. Tendo em vista a maior facilidade do Dens Invaginatus Tipo I, o Tipo II e o Tipo III podem gerar complicações devido sua invaginação profunda que podem atingir a região apical do dente. Assim, foi feito o tratamento endodôntico do dens invaginatus, mesmo sendo um desafio devido à complicada anatomia do canal radicular dos dentes afetados. O tratamento endodôntico não-cirúrgico deve ser a primeira opção, independentemente do tamanho da lesão periapical (Kharangate et al., 2015). Após 15 dias, a paciente retornou à clínica de odontologia do UNILAVRAS para obturação do canal radicular, visto que o dente estava sem sintomatologia e devidamente limpo e modelado. A obturação foi por meio da técnica termoplastificada e obteve sucesso (Figura 41).

**Figura 41 – Dente 12 obturado e lesão periapical em processo de regressão.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Portanto, radiografias de controle e preservação são feitas todos os anos para observar a regressão da lesão. Na data de 30 de outubro de 2024, uma nova radiografia de preservação foi feita, constatando regressão completa da lesão e dente salvo. Nesse sentido, é indicado para dentes que possuem necrose pulpar com lesão periapical uma preservação de 6 em 6 meses durante 4 anos. Assim, esse caso apresentou um prognóstico favorável, visto que, foi realizado o tratamento adequado. Desse modo, com os resultados obtidos nesse caso, conclui-se que a tomografia de alta resolução aliada ao exame clínico são opções viáveis para fechar o diagnóstico e o plano de tratamento do Dens Invaginatus Tipo I (Figura 42).

**Figura 42 – Dente 12 com completa regressão da lesão periapical.**

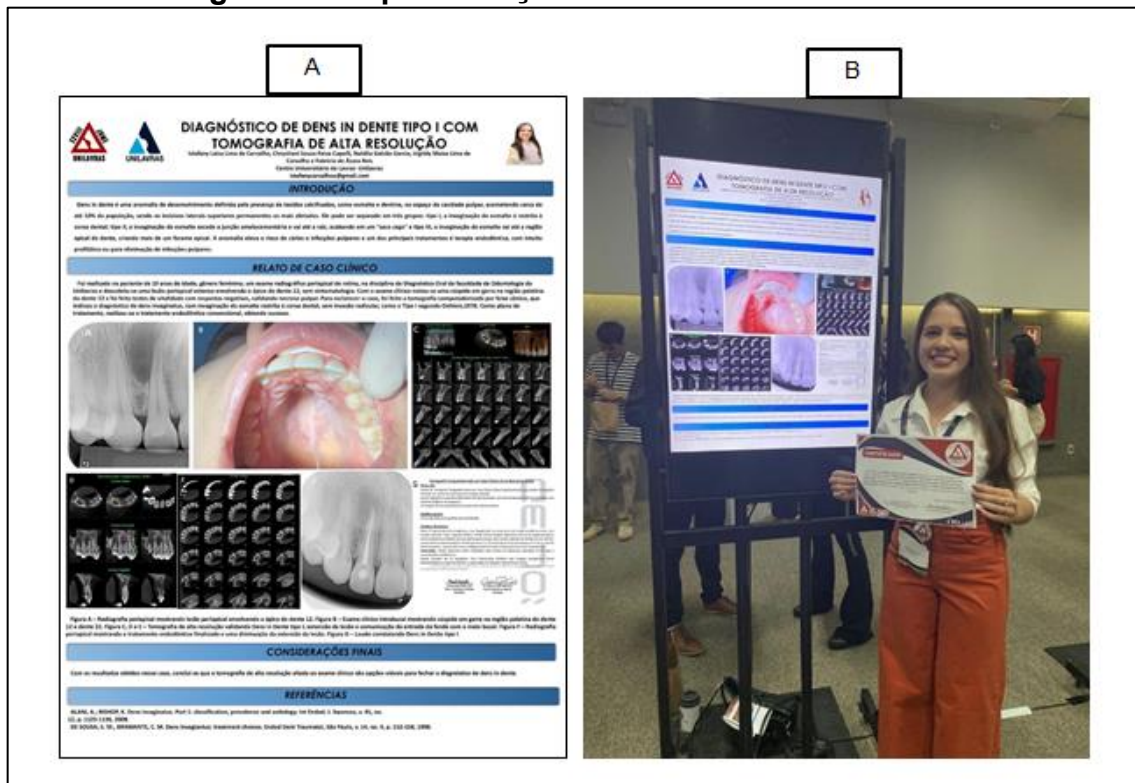


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

#### 2.4.1.3 Participação do caso clínico na Jornada Mineira de Estomatologia (JOME)

O UNILAVRAS recebeu a notícia que iria sediar a XXVII Jornada Mineira de Estomatologia (JOME), logo a professora Chrystiani Silva Capelli e a professora Natália Galvão Garcia me propuseram a ideia de apresentar esse caso clínico, tendo em vista que é um caso raro e de bastante impacto. Acatei a ideia e me coloquei a disposição para montar o template de caso clínico e me aprofundar mais no assunto sobre Dens in Dente Tipo I. Foi um momento de muito aprendizado e felicidade. Desse modo, apresentei o caso na modalidade painel de caso clínico com o seguinte título: Diagnóstico de Dens in Dente Tipo I com tomografia de alta resolução (Figura 43).

**Figura 43 – Apresentação do caso clínico na JOME.**



(A) Template Painel de caso clínico. (B) Painel de caso clínico e certificado de apresentação.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Participar da Jornada Mineira de Estomatologia (JOME) foi um privilégio, pois tive a oportunidade de aprofundar mais nesse tema sobre a anomalia do Dens Invaginatus que é tão importante e, por diversas vezes, passa despercebido no exame clínico e radiográfico de vários dentistas. Assim, me dediquei muito a esse tema para que eu tivesse mais segurança e discernimento na hora de apresentar o template e responder as indagações dos avaliadores. Eles me avaliaram seguindo os critérios de análise do caso submetido, da qualidade do painel, das radiografias, das tomografias e da minha apresentação.

Outrossim, recebi uma pergunta sobre qual lesão poderia ser considerada no caso de um quadro inflamatório crônico persistente como o do caso clínico. Dessa forma, consegui me destacar respondendo que seria um cisto radicular, pelo fato que é o mais frequente cisto odontogênico de origem inflamatória crônica, proveniente do tecido pulpar necrosado. Sendo assim, esse caso me ajudou a ter uma visão mais ampla da odontologia, tendo em vista que ela abrange inúmeras anomalias que, se tivermos conhecimento, conseguimos alcançar resultados satisfatórios.

## **2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mariana Silva de Carvalho**

Meu nome é Mariana Silva de Carvalho, tenho 23 anos, sou natural de Lavras-MG, onde fui criada e resido até hoje. Entrei no curso de Odontologia do UNILAVRAS aos 20 anos, no ano de 2021, no segundo semestre. Desde pequena sempre tive o sonho de me formar em Odontologia e ser dentista, mas o caminho para chegar até aqui não foi fácil, ocorreram alguns desafios e reviravoltas, mas cada etapa contribuiu para o meu crescimento e aprendizado.

Tudo começou quando ia ao dentista na minha infância e ficava encantada com o consultório, e com a forma descontraída e divertida que o meu dentista me tratava. Hoje eu o tenho como minha maior inspiração e referência na área, o Professor Ricardo Augusto Barbosa.

Desde então comecei a falar para os meus pais que quando eu crescesse queria ser dentista, e a partir desse momento veio o incentivo deles, comecei a ganhar vários brinquedos dessa profissão, entre eles estão os meus favoritos, uma coleção de livros chamada “Os Dentinhos”, e uma boneca que vinha com vários instrumentais de dentista e era possível remover os seus dentes.

Sempre fui empenhada nos estudos, com o sonho de me formar e proporcionar orgulho para os meus pais, que não mediram esforços para me fornecer os melhores ensinamentos.

Estudei em uma escola chamada CNEC até o 8º ano do ensino fundamental, depois, com o intuito de ter um ensino melhor, fiz uma prova para bolsa em uma escola particular e consegui um desconto. Ao trocar de escola senti uma grande diferença em relação ao ensino e aos conteúdos, e no meio do caminho comecei a me interessar também pela área de agrárias.

Me formei no 3º ano do ensino médio em 2019, no Colégio Losango de Lavras. Quando saiu o resultado do ENEM, veio a dúvida, fazer Odontologia que é um curso que sempre sonhei, ou escolher algum curso de agrárias que eu estava começando a me interessar?

Entretanto, infelizmente não fui aprovada em Odontologia, então minha segunda opção era Engenharia Florestal, fui aprovada na Universidade Federal de Lavras (UFLA), comecei a graduação em março de 2020, logo em seguida veio a pandemia do COVID-19, e eu cursei 3 períodos de forma remota. Todo esse tempo

foi o suficiente para ver que, eu não me encaixava nessa área e que minha grande paixão realmente é a Odontologia.

Dessa forma, conversei com meus pais e comuniquei que pretendia tentar Odontologia no UNILAVRAS, recebi total apoio deles. Portanto, tínhamos um empecilho, o valor da mensalidade era inviável para nós. Resolvi fazer o ENEM novamente para poder usar a minha nota na inscrição do FIES.

Com muita alegria recebemos a notícia que fui aprovada e que o sonho que já não era só meu, era também dos meus pais, meu irmão e meus familiares, estava prestes a começar.

Contudo, ao olhar para trás e lembrar toda a trajetória para chegar até aqui, tenho a total convicção que em todos os momentos de choros e de alegrias, Deus e Nossa Senhora Auxiliadora sempre estiveram ao meu lado, me sustentando, dando forças e me guiando nos melhores caminhos. O apoio incondicional de meus pais, e o incentivo do meu irmão, fez toda a diferença para me dar segurança e coragem de ir em frente.

Hoje, sou grata por tudo que vivenciei ao longo da minha graduação, pelas amizades feitas, que quero levar para minha vida, por todo o aprendizado e ensinamentos dos professores e funcionários, que de alguma forma agregaram em minha formação.

### **2.5.1 Desenvolvimento das atividades**

O caso clínico em questão foi realizado no sétimo período, no ano de 2024, na clínica de odontopediatria do UNILAVRAS. O professor responsável pela supervisão e orientação do caso, foi o Ricardo Augusto Barbosa.

Neste caso clínico, a paciente de 4 anos de idade, chegou à clínica odontológica do UNILAVRAS, acompanhada de sua mãe, após sofrer um traumatismo e ter uma avulsão do dente 51.

A mãe relatou que a criança sofreu um traumatismo quando estava brincando e acidentalmente caiu da cadeira, mas resolveu não a levar ao dentista, pois o dente só estava um pouco amolecido.

Quando se passaram duas semanas, a criança sofreu novamente um traumatismo no dente 51, estava em uma piscina, quando bateu a boca na cabeça de

seu primo, e então o dente avulcionou completamente. Além de perder o elemento 51, o dente 61 também foi afetado, ao sofrer o trauma, ele ficou amolecido.

Para iniciar o tratamento, primeiramente realizei uma conversa com a criança e a responsável, dando prioridade a perguntas direcionadas para a criança, com o intuito de estabelecer um vínculo entre paciente e dentista. Utilizei um diálogo leve, uma linguagem mais infantil, de forma lúdica, para que a criança pudesse compreender o que seria feito, e dessa forma, amenizar um pouco o medo perante o tratamento. No primeiro momento, a paciente já demonstrou um comportamento muito positivo, mostrando-se tranquila, cooperativa e carinhosa, o que facilitou para estabelecer uma relação de confiança com o paciente e seus responsáveis.

Após preencher todo o prontuário, apresentamos o consultório para a paciente, utilizando a técnica do “dizer, mostrar, fazer”, explicando sobre os instrumentais, os equipamentos presentes no local, e suas funções. Segundo Sant’anna et al. (2020), dizer, mostrar, fazer é uma técnica muito utilizada pelos odontopediatras, para moldagem comportamental dos pacientes pediátricos. Consiste na utilização de explicações verbais de procedimentos, formuladas conforme o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, associadas as comunicações de habilidades (verbais e não verbais) e reforço positivo. Inicialmente são dadas explicações verbais sobre os procedimentos clínicos (dizer); depois são apresentados estímulos sensoriais, visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento (mostrar) e por fim realiza a execução do procedimento (fazer). Essa sequência metodológica visa à familiarização do paciente com o ambiente odontológico e à facilitação de respostas comportamentais cooperativas. É importante manter a veracidade das informações e não usar mentiras e nem chantagens, pois isso comprometerá uma relação de confiança entre o profissional e o paciente.

Em seguida, efetuei a anamnese completa, a paciente não apresenta nenhuma alteração sistêmica, mas apresenta o hábito deletério de sucção digital. Sobre os hábitos alimentares, a mãe informou que a criança consome alimentos açucarados, mas não em excesso e que o consumo é controlado, entregamos para ela a folha do diário alimentar, e solicitado o preenchimento a cada refeição feita pela filha, para que possa ser analisada e elaborado um plano de instrução de dieta adequada.

Realizamos também o exame extra-oral, de tecidos moles, que está dentro da normalidade, e intra-oral, a qual preenchi a tabela de ocorrência e diagnóstico, para que possa ser relatada a situação atual de cada dente, e planejar um tratamento

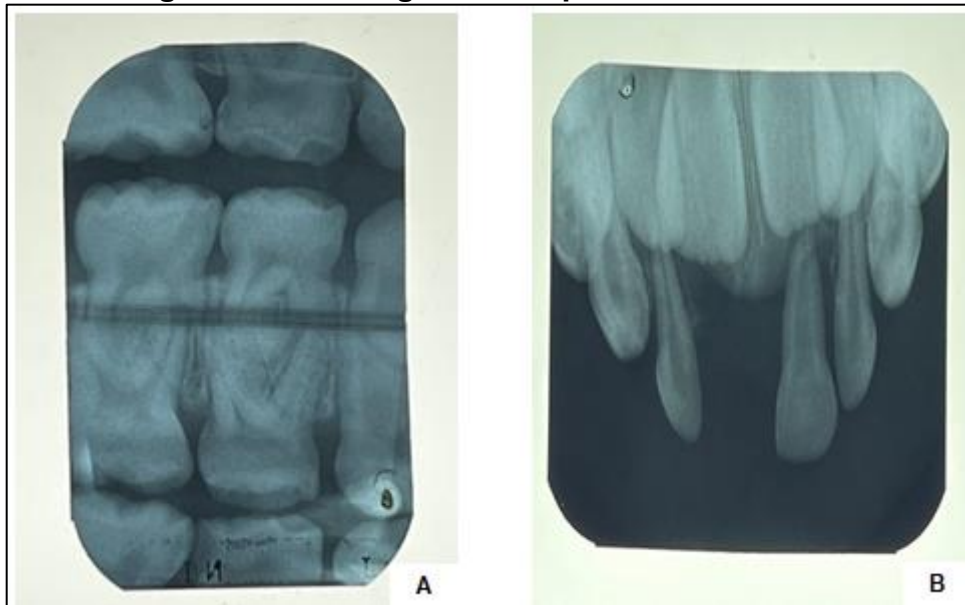
adequado de acordo com a necessidade de cada um. Após concluir tal procedimento, identifiquei a presença de biofilme espesso em alguns dentes, o que indica que tem uma higiene bucal deficiente.

Ao realizar o exame ortodôntico, identificamos a dentadura decídua, a sequência de erupção estava favorável, cronologia normal, com arco de Baume Tipo I. Apresenta aspecto facial assimétrico, padrão morfogenético II, tem uma mordida aberta, afetando assim a maxila, que por sua vez está atrésica. “O hábito deletério, pode ocasionar alterações morfológicas como a mordida aberta, causada por um desequilíbrio neuromuscular” (Silva et al., 2024, p. 4). Além dessas informações foi registrada nesse exame também a ausência do dente 51.

Em relação aos cuidados com a higiene bucal, a responsável relatou que a escovação é feita duas vezes ao dia, uma vez pela própria criança e a outra pela mãe, o uso do fio dental não é contínuo. Entretanto, concluímos que, a paciente apresenta uma higiene bucal ruim, uma vez que foi relatado no exame clínico intraoral a presença de biofilme espesso.

Ainda nesta mesma seção, realizamos radiografias, para avaliação da situação inicial dos dentes que foram afetados no momento da pancada, como mostra a Figura 44, e posteriormente chegar em um diagnóstico final e elaborar o plano de tratamento da paciente em questão. Fizemos uma radiografia inter proximal, utilizando o filme convencional infantil dobrado ao meio, conseguindo dessa forma, tirar a radiografia do lado esquerdo da arcada de um lado do filme, e do lado direito do outro lado do filme, e uma radiografia oclusal, conseguindo visualizar toda a área dos dentes anteriores superiores. Segundo Jens Andreasen, Frances Andreasen e Lars Andersson (2018), em casos de fratura de dentes decíduos, pode haver risco de danos ao germe do dente permanente subjacente, além de possibilidade de infecção ou necrose pulpar. Por isso, a realização de exames radiográficos é fundamental para avaliar a extensão do trauma e verificar eventuais comprometimentos das estruturas adjacentes, auxiliando no plano de tratamento adequado.

**Figura 44 – Radiografia interproximal e oclusal.**



(A) Radiografia interproximal lado direito e esquerdo. (B) Radiografia oclusal.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após seguir todo esse protocolo de preenchimento do prontuário, fazer anamnese, exames clínicos e radiográficos, e analisá-los, elaboramos o plano de tratamento. Como o quadro dessa paciente, é um quadro de urgência, ao elaborar o plano de tratamento, seguimos a ordem que é preconizada pela clínica de Odontologia do UNILAVRAS, que é uma sequência na qual visa priorizar, ordenar, quantificar e qualificar os atendimentos realizados, dando prioridade para consultas de urgência.

Entretanto, ao discutir o caso com o professor, analisamos que realmente ocorreu a avulsão completa do dente 51 e o dente 61 ficou um pouco amolecido, ele deve ser monitorado periodicamente para um controle. O caso foi estudado e decidimos que se a responsável autorizasse, seria feito um aparelho, com uma prótese, confeccionada pela própria autora, na região do dente 51, para que possa manter a função e a estética desse dente, ajudando também na autoestima. Além dessa prótese, será colocado também no aparelho, uma grade palatina, para ajudar a conter o hábito deletério de “chupar o dedo”. Segundo Silva et al. (2024), a mordida aberta anterior pode ser definida como a presença de um trespasse vertical negativo existente entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores. Na dentição decídua, ela está fortemente associada aos hábitos de sucção de dedo e chupeta, podendo prejudicar o funcionamento da musculatura e causar disfunções miofuncionais. Ainda conforme Silva et al. (2024), o uso de grade palatina, removível ou fixa, como obstáculo mecânico à continuação do hábito, é um dos métodos mais

utilizados. Sua finalidade é manter a língua numa posição mais retruída, ao mesmo tempo em que permite que os incisivos continuem a irromper.

O dente 51 o qual sofreu uma avulsão, que de acordo com Silva (2021), significa que o dente foi completamente deslocado de sua cavidade na arcada dentária, ou seja, quando ele sai por inteiro da gengiva, geralmente devido a um impacto ou acidente. Embora a avulsão de dentes permanentes seja um caso mais crítico e tenha um tratamento específico, a avulsão de dentes decíduos também necessita de atenção, e é um caso mais comum de acontecer. Nadelman et al. (2021) relata que existem algumas consequências, caso aconteça uma avulsão e não seja tratada da maneira correta, como a perda de espaço para o permanente, danos ao germe dentário permanente, dentre outras.

Na seção seguinte, antes de começar os procedimentos para a confecção do aparelho fixo estético e funcional, seguindo a ordem de atendimento da clínica odontológica do UNILAVRAS, na qual procuramos qualificar, quantificar, priorizar e ordenar os procedimentos a serem executados, realizei na paciente o programa preventivo individual, com a intenção de prevenir problemas futuros, estimular bons hábitos e promover a saúde bucal.

A criança foi levada ao escovódromo, junto com a mãe, e realizei toda uma instrução de higiene oral, com explicação sobre a técnica correta de escovação, e o uso do fio dental. Como a paciente ainda é muito nova, não possui muita habilidade e nem coordenação motora suficiente para que seja realizada uma boa escovação, por isso os ensinamentos foram mais direcionados à mãe. Posteriormente, entreguei um kit, com escova que possui as cerdas macias e um creme dental com flúor.

Após pedir para que demonstrasse como é feita a escovação em casa, e realizar toda a explicação, voltamos para a clínica para fazer o evidenciamento de biofilme, com o corante Fucsina, em todas as faces do dente, para que a responsável pudesse visualizar onde tem o maior acúmulo de biofilme e necessita de mais cuidado com a higiene.

Em seguida, retornamos ao escovódromo, para uma nova escovação, para corrigir a técnica de escovação, e ter uma melhora na higiene bucal. Depois desse processo, realizamos na clínica uma profilaxia e uma aplicação tópica de flúor gel acidulado. Essa etapa é importante, pois o flúor tem um papel fundamental, ajudando na remineralização e na prevenção contra cáries.

De acordo com Dantas (2021), o flúor age na prevenção da cárie, a sua aplicação fortalece a estrutura do esmalte, tornando-a menos suscetível a desmineralização pela formação de cristais de fluorapatita e aumento da remineralização do esmalte. O pH tampão do flúor aplicado topicamente, reduz a flora cariogênica oral. Nesse sentido o flúor tem papel importante na prevenção de lesões cáries e, por meio de um efeito preventivo, inibe a perda de minerais do esmalte dentário.

Após realizar toda essa ação preventiva, começamos a planejar o tratamento reabilitador com o aparelho funcional estético. Conforme relatado anteriormente, a paciente perdeu o elemento 51 depois de um acidente na piscina, a Figura 45 mostra a situação inicial da boca da paciente ao chegar na clínica odontológica.

**Figura 45 – Fotografia frontal da situação inicial da paciente.**



Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Durante a infância, a criança também pode passar por situações que afetam o emocional e o psicológico. De acordo com Gomes (2021), uma dessas situações pode ser a perda precoce de um dente decíduo, visto que, pode afetar sua autoestima e a forma como ela se percebe, podendo vivenciar uma série de emoções, como tristeza, vergonha ou até frustração, o que pode afetar sua confiança e a maneira como interage com os outros, especialmente em situações sociais como na escola ou com os amigos. Por isso sabemos o quanto é gratificante e importante essa etapa do tratamento.

Segundo Nadelman et al. (2021), a perda precoce de um dente decíduo pode influenciar o atraso ou a antecipação do tempo de erupção do sucessor permanente, dependendo do estágio de desenvolvimento em que ele se encontra no momento da perda do dente decíduo. Se a perda ocorrer antes do estágio de Nolla, irá ocorrer um

atraso na erupção, se ocorrer após, a erupção estará acelerada. Ainda segundo Nadelman et al. (2021), tal situação pode trazer outras consequências como fechamento de espaços, desenvolvimento de maloclusões, alterações na deglutição e fonação, podendo interferir na qualidade de vida, afetando a estética e o psicológico.

Dessa forma, conversei com a responsável sobre a importância de um tratamento, expliquei sobre qual a melhor recomendação de procedimento que foi discutida com o professor, e optamos pelo aparelho já demonstrado anteriormente, que seja estético, com uma prótese no local em que teve a avulsão, mas também que o aparelho seja funcional, visto que, a paciente apresenta o hábito deletério de “chupar o dedo”, então decidimos colocar uma grade palatina. Sabemos que, “este método é utilizado para corrigir casos de mordida aberta, com o objetivo de posicionar a língua de forma retruída” (Silva et al., 2024, p. 5).

Ao dar início no procedimento, realizei uma profilaxia, para a escolha das bandas ortodônticas pré-fabricadas, realizei a prova, de acordo com as numerações e o tamanho dos segundos molares, fiz a adaptação de cada uma delas, com a ajuda de um assentador de bandas. Em seguida, utilizei um kit de moldeiras infantil esterilizadas para a escolha do tamanho adequado para a arcada dentária da paciente (Figura 46).

**Figura 46 – Fotografia da moldagem na paciente.**

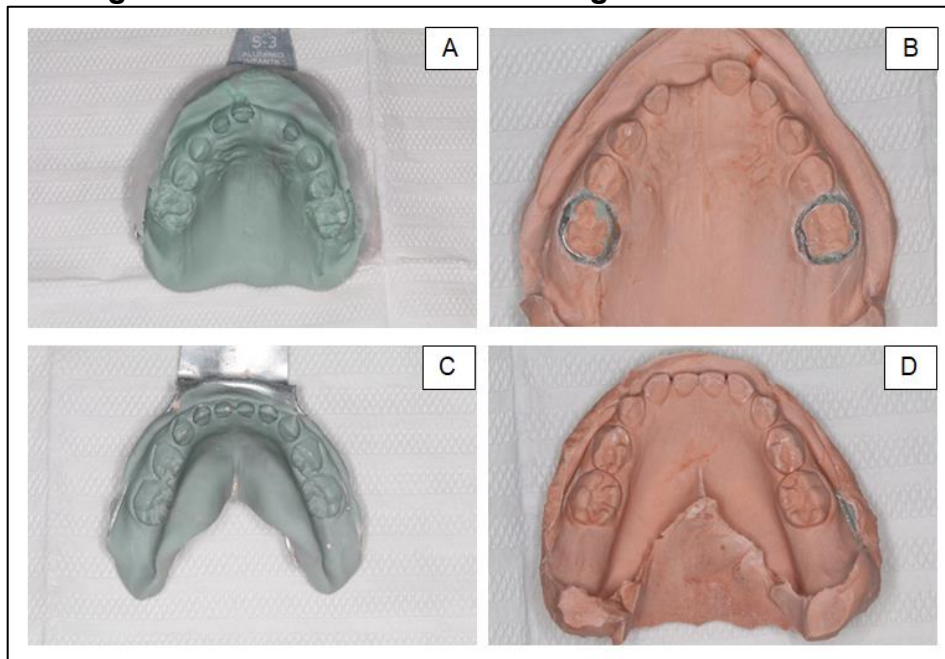


(A) Arcada superior. (B) Arcada inferior.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após a escolha realizei a moldagem com silicone de condensação (Zeta plus). Quando o material tomou presa e a moldagem ficou pronta, transferei a banda para

interior do molde. Posteriormente, realizei também a moldagem de estudo inferior, também com o silicone de condensação, e o registro de mordida com cera 7. O próximo passo foi vaziar o molde com o gesso Tipo IV, e obter os modelos das arcadas (Figura 47).

**Figura 47 – Moldes e modelos de gesso das arcadas.**



(A) Molde da arcada superior. (B) Modelo de gesso da arcada superior.

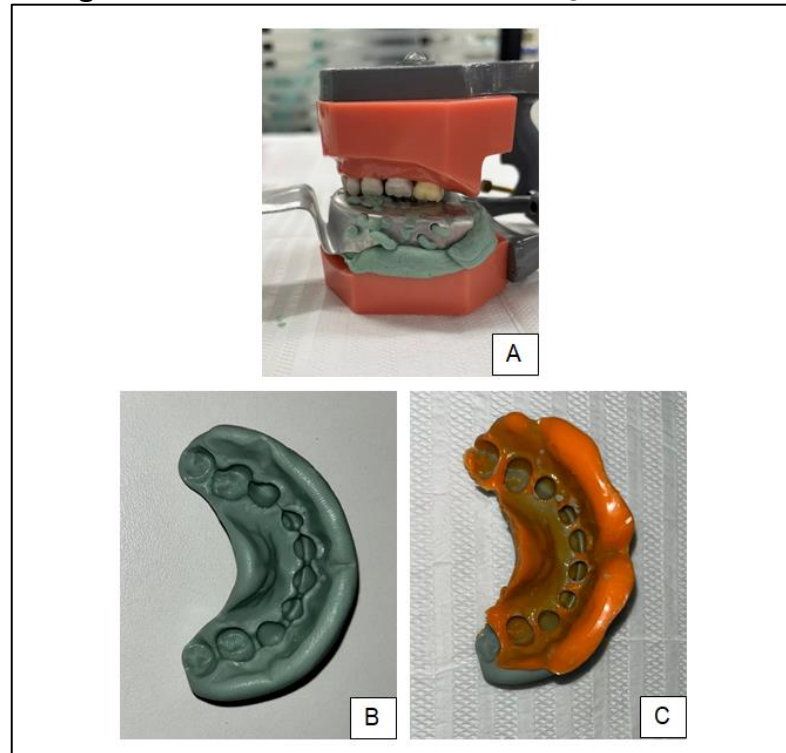
(C) Molde da arcada inferior. (D) Modelo de gesso da arcada inferior.

Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Na sequência, encaminhei os modelos de gesso para o laboratório de prótese, onde foi realizada a confecção do arco, da grade palatina, com o fio de aço de 0,90mm, e a soldagem desses elementos, deixando na região do dente 51 um pino para encaixar o dente decíduo artificial.

Enquanto esperava a realização do laboratório, confeccionei o elemento dentário artificial, através da moldagem de um macromodelo da dentição decídua (Figura 48), que a faculdade possui, utilizei o silicone de condensação, tanto o fluído, quanto o denso. Após a moldagem obtive um molde da arcada superior do manequim, o qual utilizei como referência para confecção do dente 51 em resina composta.

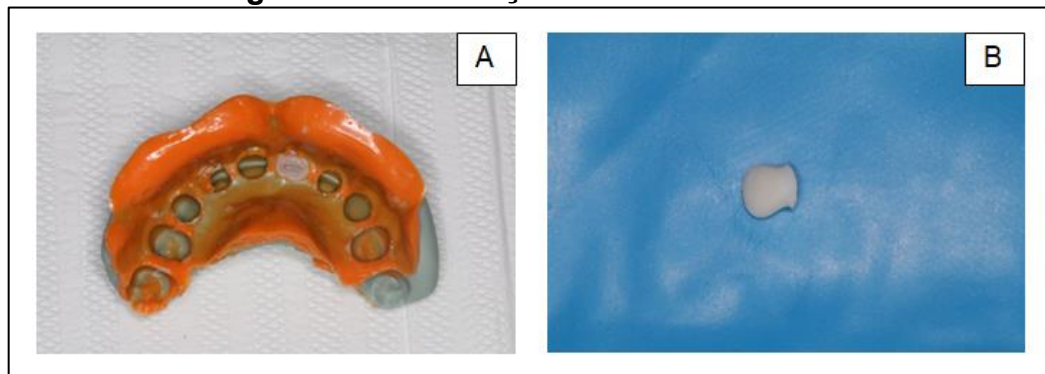
**Figura 48 – Macromodelo da dentição decídua.**



(A) Macromodelo sendo moldado. (B) Molde obtido. (C) Molde obtido.  
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Em seguida, no espaço referente ao dente 51, preenchi com resina composta Filtek Z350 XT, da 3M, na cor A1, adicionei aos poucos os incrementos do material e polimerizei gradualmente, com o fotopolimerizador, utilizei uma espátula de resina para a distribuição dela. Ao concluir essa fase, retirei o dente que foi confeccionado do molde (Figura 49).

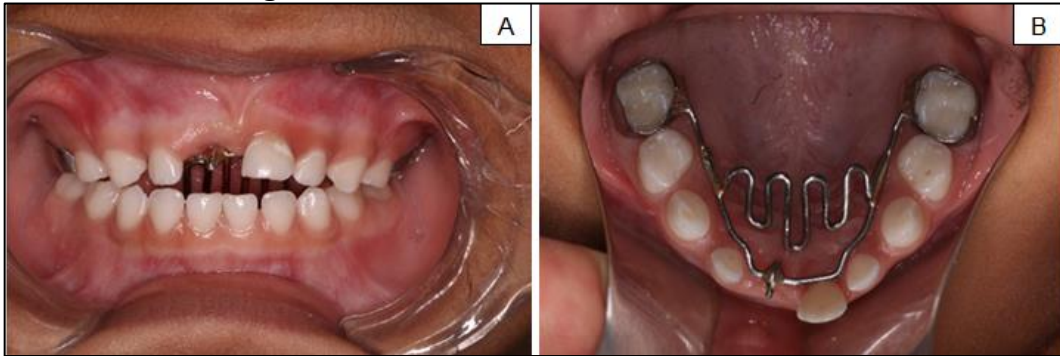
**Figura 49 – Confeção do dente artificial.**



(A) Molde com a resina. (B) Dente artificial em resina composta.  
Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Na próxima semana, a infraestrutura metálica foi entregue pelo laboratório, então realizei a prova na boca da paciente (Figura 50), o aparelho teve um encaixe satisfatório, a paciente não queixou incomodo.

**Figura 50 – Prova da estrutura metálica.**



(A) Frontal. (B) Oclusal. Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Adiante, coloquei o dente decíduo artificial no aparelho para fazer o ajuste, foram necessários desgastes nas faces mesial, distal e palatina, gerando um alívio para que se encaixasse corretamente na infraestrutura, evitando uma oclusão inadequada. Foi preciso realizar também um pequeno desgaste no pino metálico. Em seguida, realizei a prova do aparelho com o dente já posicionado (Figura 51), para analisar se seria preciso novos ajustes.

**Figura 51 – Prova da estrutura com o dente fixado.**



Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Entretanto, como estava tudo correto e sem necessidades de adaptações, realizei a fixação definitiva do dente (Figura 52). Iniciei com a limpeza com álcool 70%, clorexidina 2%, e a profilaxia, com a pasta profilática. Após realizar a higienização, fiz o condicionamento e a adesão da face palatina do dente em resina, foi utilizado o

adesivo Single Bond Universal, da 3M, com um breve jato de ar para evaporar o solvente e em seguida a fotopolimerização. Em seguida, coloquei o aparelho na boca, apliquei uma camada mais espessa de resina composta na palatina do dente artificial, posicionei no local correto no pino, realizei os ajustes necessários e fiz a fotoativação. Após essa fase, o aparelho foi novamente retirado da boca, e feito acréscimos em resina nas áreas em que ainda precisavam ser preenchidas, melhorando a face palatina, e permitindo uma melhor fixação do dente e um vedamento marginal melhor.

**Figura 52 – Dente artificial fixado no pino metálico.**



Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Ainda na mesma seção, fiz o ajuste oclusal, com o papel carbono para demarcar pontos de oclusão e verificar se o dente artificial que foi colocado no aparelho estava com contato prematuro com outro dente.

Depois de todos esses procedimentos, comecei a cimentação do aparelho realizando o isolamento relativo dos molares nos quais foram colocadas as bandas. Na placa de vidro coloquei o cimento de ionômero de vidro, Meron, misturei a parte líquida e a sólida, com a espátula de inserção, deposei o material na parte interna das duas bandas. Levei o aparelho em posição, com o instrumental assentador de banda pressionei em direção a cervical, removi o excesso do material, e esperei a polimerização química do cimento.

Após o procedimento ser finalizado, a criança e a responsável foram orientadas sobre os cuidados com o aparelho, a forma correta de higienização, cuidados na alimentação para evitar que o dente solte, explicando a necessidade de evitar sobrecarga ou corte de alimentos nos dentes anteriores, ajudando a impedir também que ocorra a quebra da estrutura. Realizei o acabamento e polimento no dente artificial

que foi construído com resina composta, utilizei broca para acabamento, pasta e borracha de polimento.

Em seguida fizemos um registro da cavidade oral após a instalação do aparelho, realizando a fotografia intraoral frontal com os dentes em oclusão (Figura 53).

**Figura 53 – Aparelho cimentado com os dentes em oclusão.**



Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Finalizando todo esse procedimento, fiz novamente uma orientação à paciente e a sua mãe, destacando a importância de uma boa higiene oral, que seja eficaz e supervisionada pelos responsáveis, para evitar problemas futuros como a doença cárie, reforçando a importância especialmente quando se utiliza um aparelho mantenedor de espaço, o qual é fundamental para preservar o espaço necessário para a erupção do dente permanente, e sua eficácia depende da manutenção e boa higiene oral. Expliquei também para a responsável a necessidade de um acompanhamento com consultas periódicas de três em três meses, para que possa ser feita uma avaliação, verificar a necessidade de ajustes e reparos, e monitorar o momento correto de remoção do aparelho, para que o permanente erupcione normalmente. Em seguida, realizamos a fotografia extraoral do sorriso final (Figura 54).

**Figura 54 – Sorriso final da paciente.**



Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Após passar o período de férias de final de ano, a paciente retornou à clínica de odontologia do UNILAVRAS, em março de 2025, para fazer o acompanhamento. A mãe relatou que a criança perdeu o hábito deletério de “chupar o dedo”, e atualmente não o pratica mais. Ao realizar a anamnese verificamos que a relação entre as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores, estava mais harmônica, ocorreu uma diminuição significativa do trespasse vertical. “É recomendável que a grade palatina seja usada até que se alcance uma sobreposição vertical positiva de 2 a 3 mm” (Silva et al., 2024, p. 5). Dessa forma, fiz a remoção da grade palatina (Figura 55), por fim, verifiquei a oclusão, conferi se tinha mais algum ajuste a ser feito, estava tudo dentro da normalidade, com o aparelho, com a saúde bucal e com a preservação do dente 61. Ao concluir o tratamento a paciente e a responsável, foram orientadas a retornarem novamente após três meses para a consulta e avaliação.

**Figura 55 – Aparelho sem a grade palatina.**



(A) Oclusal. (B) Frontal. Fonte: Arquivo disponibilizado pelo Prof. Ricardo Augusto Barbosa (2024).

Ademais, cumpre destacar que, tanto a paciente, quanto a mãe ficaram satisfeitas com o tratamento realizado, a criança relatou que está adaptada com o aparelho, não sente incomodo, e fica feliz em ter o dente novamente na boca igual seus amigos de escola. Foi um trabalho muito gratificante, poder ver o sorriso no rosto da mãe, que relatou estar aliviada, e ver a felicidade da menina.

### **3 AUTOAVALIAÇÃO**

#### **3.1 Autoavaliação da aluna Camila Moraes Lamounier**

Ao longo desses anos de graduação, minha formação foi marcada por desafios que fortaleceram minha compreensão da Odontologia como uma profissão transformadora. Aprendi a importância de cuidar do paciente de forma integral, respeitando suas necessidades e promovendo não apenas a saúde bucal, mas também sua autoestima e confiança. Essa visão ampliada da profissão foi moldada pelos ensinamentos dos meus professores, que sempre enfatizaram a importância de enxergar o paciente como um todo, valorizando suas individualidades e necessidades.

Agradeço profundamente a todos os docentes que, com seu compromisso e experiência, me ensinaram a ser não apenas uma boa profissional, mas também uma pessoa mais empática, atenta e humana. Cada aula, cada orientação, cada prática em laboratório e na clínica contribuíram para que eu me tornasse mais segura e preparada para exercer minha profissão com excelência. Sou igualmente grata a todos os pacientes que atendi ao longo dessa trajetória, em especial à paciente deste caso clínico apresentado no portfólio, que depositou em mim toda a sua segurança e carinho ao longo do tratamento.

Concluir este ciclo representa, para mim, muito mais do que o fim de uma etapa acadêmica, simboliza a realização de um caminho construído com esforço, superação e amadurecimento. Ao olhar para trás, reconheço a menina cheia de medos e inseguranças que iniciou essa caminhada ao mudar para Lavras, sem imaginar o quanto seria capaz de crescer. Cada desafio enfrentado foi essencial para fortalecer minha determinação e transformar quem sou hoje. Aprendi que as dificuldades não foram obstáculos permanentes, mas experiências que me ensinaram a persistir, recomeçar quantas vezes fosse preciso e nunca desistir dos meus objetivos.

Levo comigo não apenas aprendizados sobre a profissão, mas também lições de vida que marcaram essa trajetória. Aprendi o valor da convivência, da empatia e da construção de amizades verdadeiras ao longo do caminho. Hoje, as memórias voltam à minha mente, seja através das lágrimas nos momentos difíceis, seja pelos sorrisos que celebraram cada pequena conquista. Essa vitória representa meu esforço, de noites dedicadas ao estudo, de inseguranças superadas e de laços que levarei para sempre comigo. Sinto, com gratidão, que cumpri o meu dever e que cada

desafio superado me preparou para exercer a Odontologia com dedicação, ética e amor pelo que faço.

A conclusão deste ciclo acadêmico não representa um ponto final, mas o início de uma nova etapa, repleta de responsabilidades, desafios e oportunidades. Tenho plena certeza de que esta será, para mim, muito mais do que uma profissão, será uma missão de vida, uma escolha diária de cuidar, transformar e devolver sorrisos. Seguirei comprometida em buscar, todos os dias, maneiras de melhorar a qualidade de vida das pessoas e resgatar nelas a confiança de sorrir para o mundo. E, acima de tudo, carrego em meu coração uma imensa gratidão a Deus, que em cada passo esteve ao meu lado, amparando-me nas dificuldades, fortalecendo-me nos momentos de incerteza e iluminando meu caminho até aqui. Sem a Sua presença e graça, nada disso teria sido possível.

### **3.2 Autoavaliação da aluna Gabriella Alves Rocha**

Há cinco anos eu tomava uma das decisões mais importantes da minha vida. Uma menina insegura e medrosa, mas disposta a enfrentar tudo para realizar esse sonho. Olhar para trás e lembrar de cada encontro, de cada risada, das amizades criadas, das brigas, choros e decepções, tudo isso agora parece fazer tanto sentido. Não me arrependo de nada, pois tenho convicção que me doe 100% a esse curso e a essa faculdade que sempre me acolheu de braços abertos. Sei que tudo contribuiu para eu ser quem eu sou hoje e que tenho tanto orgulho por ter conseguido.

Escrever esse trabalho de conclusão de curso tem sido muito prazeroso, pois ele significa para mim todos os pacientes que atendi, todos os ensinamentos que me foram passados, todas as dificuldades que enfrentei, todos os dias que passei estudando, e significa principalmente realização e coragem. Essa paciente em questão foi a última que atendi na disciplina de Clínica Integrada, ela apareceu em um momento difícil, pois eu estava enfrentando dúvidas e questionamentos profissionais. Mas, poder conviver com ela por tantos meses e perceber a melhora da sua autoestima e da sua qualidade de vida graças ao nosso trabalho, foi muito gratificante e me deu a certeza que tanto procurava.

Sei que esse é só o começo de uma vida inteira que tenho pela frente e que ainda haverá muitos desafios a serem cumpridos. Mas também sei que sou muito bem amparada por Deus, pela minha família e amigos e por todo conhecimento que o

UNILAVRAS me proporcionou. Isso me tranquiliza e me traz segurança para continuar trilhando meu caminho e colocando em prática tudo que aprendi dentro desse universo da odontologia. O meu objetivo vai muito além da simples restauração de dentes, eu quero poder oferecer aos meus pacientes um atendimento humanizado, tratamentos eficazes e menos invasivos, devolvendo função e estética e promovendo a conscientização acerca da importância da saúde bucal como uma parte essencial do bem-estar geral. É isso que o UNILAVRAS nos ensinou todos os dias durante os cinco anos de curso e é isso que quero levar para a minha vida e para minha trajetória profissional futura.

Concluo esse trabalho com o coração cheio de gratidão. Muito obrigada Deus, por me permitir viver esse sonho. Obrigada a minha mãe e irmã, por serem minha base durante os cinco anos mais intensos da minha vida. Obrigada ao Iuri, meu namorado, por ser meu porto-seguro e o meu alicerce nos momentos mais difíceis. Obrigada aos meus amigos, pelas risadas e momentos vividos juntos. Obrigada aos meus pacientes, por toda confiança em meu trabalho. E obrigada ao UNILAVRAS e aos professores, por todo aprendizado e conhecimento. Sem vocês nada seria possível. Espero um dia poder ser luz na vida dos meus pacientes, assim como vocês foram na minha.

### **3.3 Autoavaliação da aluna Ingridy Maisa Lima de Carvalho**

Ao finalizar mais um ciclo, sinto um grande amadurecimento tanto pessoal quanto de futura profissional. Durante esses anos de jornada, enfrentei inúmeros desafios, superando medos e ansiedades, mas também fui agraciada com valiosas oportunidades de aprendizado que foram fundamentais para meu desenvolvimento. Desde o início, quando a insegurança era mais presente, pensei que não daria conta, mas a Odontologia me mostrou o quanto somos capazes de enfrentar os nossos medos e lutar pelos nossos sonhos, dessa forma, sigo firme na caminhada e com o desejo de evoluir cada vez mais.

Esse curso tem se mostrado muito mais do que uma formação técnica; ele tem sido uma verdadeira escola de vida. Cada disciplina, cada experiência prática e teórica, foi essencial para meu crescimento. A vivência no atendimento aos pacientes, especialmente no procedimento realizado por mim, de frenectomia lingual, me proporcionou uma experiência única de transformação. Ao realizar esse tratamento,

pude observar como a odontologia impacta positivamente na qualidade de vida das pessoas. Foi um momento marcante, não apenas pela técnica em si, mas pela sensação de estar fazendo a diferença na vida de alguém, aliviando um desconforto e promovendo melhorias significativas na sua saúde bucal e, conseqüentemente, no seu bem-estar.

Senti muito orgulho ao ver os resultados do tratamento e como ele contribuiu para a melhora da função e da qualidade de vida do paciente. Esse é o verdadeiro valor da odontologia.

Ao olhar para trás, vejo não apenas um portfólio de conhecimento técnico, mas também um portfólio de amadurecimento. Cada etapa dessa trajetória me preparou para o próximo passo e para encarar com profissionalismo os desafios como futura cirurgiã-dentista. Enfim, concluo minha autoavaliação com a certeza de que tudo valeu a pena, que os professores se tornaram minha fonte de inspiração, e que sem a ajuda dos meus amigos e familiares não teria conseguido.

### **3.4 Autoavaliação da aluna Istefany Laisa Lima de Carvalho**

Desde que entrei no universo da odontologia, sabia que a minha jornada seria mais do que apenas a realização de tratamentos e procedimentos. A odontologia me chamou pela possibilidade de transformar sorrisos, mas, mais do que isso, de transformar vidas. Cada paciente que chegou até mim trouxe consigo uma história, uma dor ou uma esperança, e eu sou parte desse processo, seja aliviando uma dor, seja restaurando a confiança ou simplesmente ouvindo. Ao olhar para trás, percebo que cada aprendizado, cada desafio enfrentado, cada sorriso renovado tem sido um marco essencial na minha formação. A odontologia não é só uma profissão, é uma missão que escolhi com o coração, e é por isso que cada etapa dessa caminhada é repleta de significados profundos. Durante minha trajetória acadêmica enfrentei diversos empecilhos que me ajudaram a crescer e me ensinaram lições que levarei para o resto da vida pessoal e profissional.

Ainda sei que há um caminho longo a ser trilhado, mas sou grata a Deus, à minha família, amigos, mestres e pacientes por tudo que passei durante esses 5 anos e aguardo ansiosamente pelo que me espera nessa nova fase. Com isso, sigo firme em minha jornada, ciente de que o melhor ainda está por vir, e que cada sorriso que

ajudarei a restaurar será uma motivação para o meu contínuo crescimento e dedicação à odontologia.

### **3.5 Autoavaliação da aluna Mariana Silva de Carvalho**

Concluir a graduação em Odontologia é, sem dúvida, uma das maiores conquistas da minha vida. Olhando para trás, vejo o quanto essa jornada foi transformadora. Desde os primeiros passos, entendi que ser cirurgiã dentista não se resume apenas a restaurar dentes, mas a devolver autoestima, aliviar dores e, principalmente, impactar vidas de maneira positiva.

Cada desafio enfrentado, cada aula, cada atendimento clínico, moldou não apenas a profissional que estou me tornando, mas também a pessoa que eu sou hoje. Essa caminhada foi firmemente sustentada pela fé em Deus, que esteve ao meu lado em cada momento de dúvida e renovou minhas forças quando pensei em desistir.

A realização deste sonho é motivo de enorme felicidade e orgulho, especialmente por poder retribuir aos meus pais todo o amor, apoio e confiança que depositaram em mim. Compartilhar essa conquista com eles é uma emoção que palavras não conseguem descrever.

Sigo em frente com o coração grato, pronta para exercer a odontologia com ética, respeito e o compromisso de transformar ainda mais sorrisos e histórias.

## 4 CONCLUSÃO

Concluir este Trabalho de Conclusão de Curso representa muito mais do que o fechamento de uma etapa acadêmica, é a celebração de uma trajetória marcada por desafios, descobertas e profundas transformações. Cada dificuldade enfrentada, cada medo superado e cada conquista contribuíram para a construção de profissionais mais conscientes e humanos. Esse processo não apenas aprimorou nossos conhecimentos técnicos, mas também moldou nossa capacidade de enxergar além da teoria, compreendendo o valor da sensibilidade, da escuta e do respeito com cada paciente.

Durante essa caminhada, aprendemos que a prática profissional vai além de executar um procedimento, ela exige uma postura ética, um planejamento criterioso e, sobretudo, um compromisso com a qualidade de vida daqueles que confiam em nosso trabalho. Compreendemos que atender é, antes de tudo, acolher, entender e respeitar as histórias, as dores e as expectativas de cada paciente. Essa percepção da prática clínica nos impulsiona a buscar constantemente a excelência, aliando técnica à empatia e compaixão.

Hoje, encerramos este ciclo com um sentimento profundo de gratidão e responsabilidade. Gratidão por todos que fizeram parte dessa jornada, e responsabilidade diante da profissão que escolhemos abraçar. Sabemos que o verdadeiro conhecimento é infinito e que ser um bom profissional exige atualização contínua, humildade para aprender e coragem para inovar. Partimos agora para novas etapas da vida, mais maduras, preparadas e determinadas a exercer nossa profissão com amor, ética, excelência e, acima de tudo, humanidade.

Este não é o fim de um caminho, mas o início de uma trajetória comprometida com a odontologia, com a construção de vínculos de confiança e com a promoção de transformações positivas na vida das pessoas que cruzarem nosso caminho.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. A. *et al.* Frenectomia Lingual: relato de caso. **Revista Clínica de Odontologia**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 15-22, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.70614/dvvnfk32>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- AL-ANGARI, N. *et al.* Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. **The Saudi Dental Journal**, [s.l.], v. 33, n. 7, p. 656-660, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2020.05.002>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. **Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth**. 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2018.
- ARAS, S. D. *et al.* Endodontic management of dens in dente – A systematic review of case reports and case series. **Journal of the International Clinical Dental Research Organization**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 17-32, jan./jun. 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.4103/jicdro.jicdro\\_43\\_23](https://doi.org/10.4103/jicdro.jicdro_43_23). Acesso em: 17 mar. 2025.
- BÍBLIA, N. T. 1 Coríntios 2: 9. *In*: BÍBLIA. **Bíblia Sagrada Contendo o Novo e o Velho Testamentos**. Tradução: Joseph Smith. Salt Lake City: A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, 2015. p. 1744-1770.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste da linguinha**: avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos pode detectar a anquiloglossia. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/12516>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- CAPELARIO, E. F. S. *et al.* Benefícios da cirurgia de frenectomia lingual e labial na qualidade de vida do paciente odontológico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e12167.2023>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- DANTAS, S. A. **O papel dos fluoretos na prevenção da cárie dentária**: revisão de literatura narrativa. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, 2021. Disponível em: <https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/ODONTOLOGIA/O1155.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- FIALKOWSKI, M. *et al.* Avaliação da alteração dimensional de quatro marcas comerciais de silicone por reação de condensação variando a técnica de impressão utilizada. **Revista Gestão & Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 542-552, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.59974/1984-8153.2024.197>. Acesso em: 14 mar. 2025.
- GIROTTTO, A. *et al.* O uso da prótese parcial removível na reabilitação oral. **Revista Científica Multidisciplinar**, [s.l.], v. 3, n. 8, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1805>. Acesso em: 21 mar. 2025.

GOMES, M. N. C. **Associação da perda precoce de dentes decíduos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares**: uma análise multinível. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/231970>. Acesso em: 17 mar. 2025.

GONZÁLEZ-MANCILLA, S. *et al.* Prevalence of dens invaginatus assessed by CBCT: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, [s.l.], v. 14, n. 11, p. 959-966, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/jced.59849>. Acesso em: 18 mar. 2025.

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

IMPARATO, J. C. P. **Anuário de odontopediatria clínica**: integrada e atual. 1. ed. Nova Odessa: Napoleão Editora, 2013.

IZAQUE, V. S. *et al.* O impacto do edentulismo na qualidade de vida: autoestima e saúde geral do indivíduo. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 12, n. 2, p. 48-54, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2627>. Acesso em: 19 mar. 2025.

KHARANGATE, N. *et al.* Bilateral dens invaginatus in the mandibular premolars: diagnosis and treatment. **Contemporary Clinical Dentistry**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 428-431, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0976-237X.161911>. Acesso em: 10 fev. 2025.

LLANOS, Alexandre Hugo *et al.* Impacto da periodontite agressiva e da periodontite crônica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 2, n. 8. p. 37-49. 2020. Acesso em: 21 mar. 2025.

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

MACHADO, G. O.; RODRIGUES, I. A. L. C. Impactos da anquiloglossia em bebês: a importância da avaliação e do diagnóstico precoce. **Revista Interface**: Integrando Fonoaudiologia e Odontologia, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 18-57, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uniflu.edu.br/seer/ojs-3.0.2/index.php/interface/article/view/410>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MILESI, I. N. **Lesões herpéticas em região de cabeça e pescoço: revisão de literatura**. Araraquara: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, 2023. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/252134>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MIRANDA, G. P. *et al.* Moldeira individual modificada para realização da moldagem funcional e registro interoclusal na mesma consulta. **Archives of health investigation**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 340–344, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i2.4688>. Acesso em: 12 mar. 2025.

MIRANDA, S. M. T. P. **Fonoaudiologia**: para a clínica e prática. 1. ed. São Paulo: Roca, 2015.

NALDEMAN, P. *et al.* **Perda precoce de dentes decíduos anteriores**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Odontologia, 2021.

NOGUEIRA, L. V.; INOCÊNCIO, A. P. S.; BARBOSA, C. C. N. O tratamento cirúrgico da anquiloglossia em lactentes. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 1-5, jun./dez. 2021. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/3015>. Acesso em: 16 fev. 2025.

OEHLERS, F. A. C. Dens invaginatus (dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, [s.l.], v. 10, n. 11, p. 1204-1218, 1957. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(57\)90077-4](https://doi.org/10.1016/0030-4220(57)90077-4). Acesso em: 14 mar. 2025.

OLIVEIRA, N. G. *et al.* Endodontic Treatment of Complex Dens Invaginatus Teeth with Long Term Follow-Up Periods. **Iranian Endodontic Journal**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 263-266, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29707026/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

OLIVEIRA, V. M. *et al.* Técnicas para a retenção de prótese total removível. **Revista Saúde Dos Vales**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/232>. Acesso em: 19 mar. 2025.

RAVI, A.; VENKATESHA, R. R. G.; MOHAN, K. R. Exostoses ósseas mandibulares ou hiperostose: relato de caso. **Cureus**, [s.l.], v. 16, n. 11, p. 1-5, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11614749/>. Acesso em: 20 maio 2025.

RECCHIONI, C. *et al.* Surgical treatment of lingual frenectomy: Case report. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. 1-7, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.14615>. Acesso em: 13 mar. 2025.

RIBEIRO, A. E.; SANTOS, G. S.; BALDANI, M. H. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 222-241, abr./jun. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313716>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RODRIGUES, D. M.; BARBOZA NETO, C. A. B.; BARBOZA JÚNIOR, C. A. B. Revisão crítica da nova classificação das periodontites. **Revista Fluminense de Odontologia**, Niterói, v. 3, n. 62, p. 136-146, set./dez. 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1566286>. Acesso em: 20 maio 2025.

RUSSI, S.; ROCHA, E. P. **Prótese total e prótese parcial removível (Abeno)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2015.

SAAR, D. R. G. *et al.* A influência das alterações anatômico-funcionais do freio lingual no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. **Revista Científica FACS**, Governador Valadares, v. 21, n. 2, p. 76-84, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/21>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SAINCHER, R. R. *et al.* Dens invaginatus in a mandible third molar with paradental cyst: A case report and literature review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, [s.l.], v. 30, n. 6, p. 576-579, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2018.07.006>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SANT'ANNA, R. M. M. *et al.* Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 70-80, 2020. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/download/320/250/2312>. Acesso em: 20 fev. 2025.

SAWHNEY, H.; AGARWAL, V.; GUPTA, G. Dens Evaginatus and Dens Invaginatus in Dilacerated Maxillary Lateral Incisor Diagnosed Using Cone Beam Computed Tomography - A Case Report and Review of Literature. **Indian Journal of Dental Research**, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 448-450, oct./dec. 2023. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.4103/ijdr.ijdr\\_53\\_22](http://dx.doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_53_22). Acesso em: 28 mar. 2025.

SILVA, C. L. F. **Avulsão dentária em pacientes odontopediátricos**: revisão de literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Unifametro, Fortaleza, 2021.

SILVA, V. P. *et al.* Mordida aberta anterior: etiologia e tratamento – revisão de literatura. **Revista CPAQV**: Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1582/1114>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. *et al.* Dens Invaginatus: Clinical Implications and Antimicrobial Endodontic Treatment Considerations. **Journal of Endodontics**, [s.l.], v. 48, n. 2, p. 161-170, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2021.11.014>. Acesso em: 24 jan. 2025.

SOUSA, S. M. G.; BRAMANTE, C. M. Dens invaginatus: opções de tratamento. **Dental Traumatology**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 152-158, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9796478/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

TELLES, D. **Prótese Total Convencional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2011.

TURANO, J. C. **Fundamentos de Prótese Total**. 10. ed. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2019.

VIEIRA, M. F. *et al.* Produção de próteses dentárias no SUS em idosos brasileiros e impacto da pandemia covid-19. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, n. 51, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004828>. Acesso em: 19 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQL). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *In*: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer-Verlag, 1994. p. 41-60.