



UNILAVRAS

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

ANA LUIZA SALGADO CARVALHO

BÁRBARA LETÍCIA PESSOA

FLÁVIA DESSIMONI RIBEIRO

ÍTALO RAFAEL CORRÊA

LORENA ANTUNES ROSA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2025

ANA LUIZA SALGADO CARVALHO

BÁRBARA LETÍCIA PESSOA

FLÁVIA DESSIMONI RIBEIRO

ÍTALO RAFAEL CORRÊA

LORENA ANTUNES ROSA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux
Orientadora

LAVRAS-MG

2025

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

C331p Carvalho, Ana Luiza Salgado.
Portfólio de atividades acadêmicas / Ana Luiza Salgado
Carvalho, Bárbara Letícia Pessoa, Flávia Dessimoni Ribeiro, Ítalo
Rafael Corrêa, Lorena Antunes Rosa. – Lavras: Unilavras. 2025.

87f.: il.

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

Orientador: Prof^a. Renata de Carvalho Foureaux.

1. Correção de sorriso gengival 2. Tratamento e
retratamento endodôntico. 3. Rizólise atípica. 4. Cisto
periapical. I. Pessoa, Bárbara Letícia. II. Ribeiro, Flávia
Dessimoni. III. Corrêa, Ítalo Rafael. IV. Rosa, Lorena Antunes.
V. Foureaux, Renata de Carvalho. (Orient.). VI. Título.

ANA LUIZA SALGADO CARVALHO

BÁRBARA LETÍCIA PESSOA

FLÁVIA DESSIMONI RIBEIRO

ÍTALO RAFAEL CORRÊA

LORENA ANTUNES ROSA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADO EM: _____ de _____ de _____.

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

Profa. Me. Chrystiani Souza Paiva Capelli - Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS
Presidente da banca

Profa. Me. Myrian Ribeiro Diniz de Rezende - Centro Universitário de Lavras –
UNILAVRAS

LAVRAS-MG

2025

AGRADECIMENTOS

Concluir esta etapa de nossa formação é motivo de grande alegria e não poderíamos deixar de expressar nossa gratidão a todos que fizeram parte dessa trajetória.

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos fortalecer e iluminar cada passo dessa caminhada. Sua presença nos deu coragem, fé e sabedoria para enfrentar os desafios e seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos nossos pais e familiares, nosso sincero agradecimento. Vocês foram nosso apoio constante, oferecendo palavras de incentivo, gestos de carinho e, principalmente, presença. Essa conquista também é de vocês.

Aos colegas que estiveram conosco ao longo da graduação, agradecemos pela parceria, apoio nos momentos difíceis e troca de experiências. A convivência com vocês contribuiu não apenas para nossa formação acadêmica, mas também para nosso crescimento pessoal.

Aos professores do curso de Odontologia do UNILAVRAS, expressamos nosso respeito e gratidão. Cada um contribuiu de forma significativa para nossa formação acadêmica e profissional. Em especial, agradecemos à professora Renata de Carvalho Foureaux, nossa orientadora de TCC, pela atenção, paciência e orientações fundamentais durante a realização deste trabalho.

Também agradecemos aos pacientes que confiaram em nosso trabalho, permitindo que colocássemos em prática os conhecimentos adquiridos. Cada atendimento representou uma oportunidade de aprendizado e crescimento.

Nosso reconhecimento vai ainda para todos os funcionários e colaboradores do UNILAVRAS, que sempre estiveram disponíveis para ajudar e facilitaram nosso dia a dia ao longo do curso.

Por fim, agradecemos a todos que, de alguma forma, contribuíram para essa conquista. Cada gesto fez a diferença. Este trabalho é resultado de esforço, união e apoio coletivo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tomografia computadorizada da hemiarcada superior esquerda (A) e direita (B), e por quadrantes.	18
Figura 2 – Laudo da tomografia computadorizada realizada no Centro de Radiologia Axios.	19
Figura 3 – Sorriso frontal forçado (A), natural (B) e forçado com evidência para a maxila (C).	20
Figura 4 – Sorriso em vista lateral esquerda (A) e direita (B).	20
Figura 5 – Escaneamento digital completo (A) e modelo em 3D (B), feitos em arquivo Dicon e através do sistema Exocad.	22
Figura 6 – Guia cirúrgico impresso.	22
Figura 7 – Guia cirúrgico posicionado na arcada superior.	23
Figura 8 – Início da incisão em bisel (A) e remoção do excesso gengival (B) do dente 15 ao 25.	23
Figura 9 – Deslocamento mucoperiosteal total.	24
Figura 10 – Osteotomia e osteoplastia.	24
Figura 11 – Suturas em colchoeiro vertical (A) e prova do guia cirúrgico (B).	25
Figura 12 – Suturas em colchoeiro vertical após 7 (sete) dias.	27
Figura 13 – Pós-operatório após 90 dias. Sorriso frontal forçado (A), natural (B) e forçado com evidência para a maxila (C).	28
Figura 14 – Pós-operatório após 90 dias. Sorriso em vista lateral esquerda (A) e direita (B).	28
Figura 15 – Encaminhamento da paciente.	30
Figura 16 – Exame clínico da paciente.	31
Figura 17 – Radiografias periapicais do lado direito (A) e esquerdo (B).	31
Figura 18 – Anestésico tópico (Benzotop).	33
Figura 19 – Anestésico Alphacaine 100 [®]	33
Figura 20 – Descolador de Molt 9 (A) e fórceps infantil nº44 (B).	34
Figura 21 – Procedimento final da exodontia.	34
Figura 22 – Radiografia de estudo.	37
Figura 23 – Radiografias periapicais superior (A) e inferior (B).	38
Figura 24 – Tomografia computadorizada. Feixe cônico (Cone Beam) da maxila (A) e cortes axiais, coronais e sagitais (B).	39

Figura 25 – Laudo da tomografia computadoriza.	40
Figura 26 – Radiografia de estudo (A) e de Odontometria (B).	42
Figura 27 – Radiografia de lima memória.	43
Figura 28 – Radiografia de controle do medicamento.	44
Figura 29 – Radiografia de Conometria.	45
Figura 30 – Radiografia de condensação lateral.	45
Figura 31 – Radiografia final.	46
Figura 32 – Registro do momento anterior à cirurgia.	46
Figura 33 – Abertura (A) e acesso à lesão na cavidade cística (B).	47
Figura 34 – Deslocamento da cápsula cística.	47
Figura 35 – Cavidade cística vazia.	48
Figura 36 – Resultado da biopsia.	48
Figura 37 – Radiografias de controle (A) e do início do tratamento (B).	50
Figura 38 – Radiografia de estudo.	53
Figura 39 – Isolamento absoluto em Endodontia.	54
Figura 40 – Composição da mesa cirúrgica. Materiais para limpeza, modelagem dos condutos, seringas para irrigação, material de isolamento absoluto e fotopolimerizador (A), e instrumentais para anestesia, abertura coronária, calcadores e kit clínico (B).	55
Figura 41 – Limas rotatórias do sistema Easy S2 utilizadas para o retratamento do elemento 15. O sistema conta com 3 limas rotatórias em três grupos, que podem ser empregadas em dentes com canais atrésicos (amarelo), amplos (verde) e normais (vermelho).	56
Figura 42 – Radiografia da Odontometria.	57
Figura 43 – Easy clean utilizado para potencializar a ação das soluções irrigadoras.	58
Figura 44 – Pasta de hidróxido de cálcio.	58
Figura 45 – Radiografia do Hidróxido de cálcio.	59
Figura 46 – Cone principal 25.06 (A) e radiografia da prova do cone (B).	59
Figura 47 – Radiografia da condensação dos cones de guta-percha.	60
Figura 48 – Radiografia final.	61
Figura 49 – Vista intra-bucal frontal.	63
Figura 50 – Endo Ice.	64
Figura 51 – Dados Endodônticos. Exame radiográfico (A) e exame clínico (B).	64
Figura 52 – Radiografia periapical de estudo.	65
Figura 53 – Mesa clínica.	68

Figura 54 – Radiografia de Odontometria.....	70
Figura 55 – Lima memória.....	71
Figura 56 – Medição intracanal.....	72
Figura 57 – Conometria.....	73
Figura 58 – Condensação lateral.	74
Figura 59 – Radiografia final.	75
Figura 60 – Vista intra-bucal frontal. Início do clareamento endógeno (A), após primeira (B) e segunda sessão (C).	76
Figura 61 – Radiografia de controle.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Recomendações pós-cirúrgicas.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIE – Anti-inflamatórios Esteroides

BA – Bahia

CAD – Comprimento Aparente do Dente

cm² - Centímetro quadrado

Cemig – Companhia Energética de Minas Gerais

CO – Crista Óssea

COVID-19 – Coronavírus

CRD – Canal Real do Dente

CRI – Comprimento Real do Instrumento

CRT – Comprimento de Trabalho

CT – Comprimento de Trabalho

Dr. – Doutor

Dra. – Doutora

EDTA – Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

Prof. – Professor

Profa. – Professora

JCE – Junção Cimento-Esmalte

LMO – Lima Memória

MTA – Metal Trióxido Agregado

mg – Miligrama

MG – Minas Gerais

mm – Milímetro

n^o - número

Profa. – Professora

RCE – Radicular Cervical Externa

RPM – Rotação por Minuto

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFLA – Universidade Federal de Lavras

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

μm – Micrómetro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DESENVOLVIMENTO	15
2.1	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Luiza Salgado Carvalho ...	15
2.1.1	Desenvolvimento da atividade	16
2.2	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bárbara Letícia Pessoa.....	29
2.2.1	Desenvolvimento da atividade	29
2.2.2	Exodontia	32
2.3	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Flávia Dessimoni Ribeiro	35
2.3.1	Desenvolvimento da atividade	37
2.4	Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Ítalo Rafael Corrêa	50
2.4.1	Desenvolvimento da atividade	51
2.5	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lorena Antunes Rosa.....	62
2.5.1	Desenvolvimento da atividade	63
2.5.2	Remoção da medicação intracanal e prova do Cone.....	72
2.5.3	Obturação do canal radicular	73
3	AUTO AVALIAÇÃO	78
3.1	Auto avaliação da aluna Ana Luiza Salgado Carvalho	78
3.2	Auto avaliação da aluna Bárbara Letícia Pessoa.....	78
3.3	Auto avaliação da aluna Flávia Dessimoni Ribeiro	79
3.4	Auto avaliação do aluno Ítalo Rafael Corrêa	79
3.5	Auto avaliação da aluna Lorena Antunes Rosa	80
4	CONCLUSÃO	81
	REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio acadêmico foi elaborado pelos integrantes do grupo como parte das atividades curriculares obrigatórias da graduação em Odontologia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). A seguir, apresenta-se um breve resumo do trabalho de cada integrante, que será detalhado ao longo deste portfólio.

A aluna Ana Luiza Salgado Carvalho apresentará um relato de caso clínico desenvolvido durante o primeiro semestre de 2025, nas atividades vocacionais de Periodontia. O caso abordou a correção de sorriso gengival guiado, com o objetivo de melhorar a estética do sorriso da paciente.

A aluna Bárbara Letícia Pessoa apresentará um relato de caso clínico desenvolvido no segundo semestre de 2024, na disciplina de Clínica Infantil III, sobre Rizólise Atípica. Trata-se de uma condição caracterizada por um comportamento incomum no processo de esfoliação dentária, despertando interesse tanto pela apresentação clínica quanto pelas possíveis implicações no desenvolvimento da dentição permanente. O caso enfatiza a importância do diagnóstico precoce, do acompanhamento adequado e da intervenção terapêutica apropriada.

A aluna Flávia Dessimoni Ribeiro apresentará um relato de caso clínico desenvolvido durante o segundo semestre de 2023, nas disciplinas de Endodontia e Diagnóstico Oral, sobre Cisto Periodontal. O caso envolveu o diagnóstico clínico e radiográfico de uma lesão periapical associada a um dente com necrose pulpar. A conduta incluiu a avaliação da vitalidade dos dentes adjacentes, exames de imagem e a remoção cirúrgica da lesão, com o objetivo de promover a regeneração óssea e restabelecer a saúde bucal da paciente. O caso destacou a importância do diagnóstico precoce e da integração entre especialidades para o sucesso do tratamento.

O discente Ítalo Rafael Corrêa apresentará um relato de caso clínico desenvolvido no primeiro semestre de 2025, nas atividades vocacionais de Endodontia. O caso abordou um retratamento endodôntico, indicado devido ao insucesso do procedimento anterior, cuja falha esteve relacionada à ausência de restauração definitiva após a intervenção inicial.

A aluna Lorena Antunes Rosa apresentará um relato clínico realizado durante o oitavo período do curso de Odontologia, na Clínica Integrada do UNILAVRAS. O caso envolveu uma paciente de 27 anos com escurecimento do dente 11, decorrente de necrose pulpar associada a lesão periapical. Foram realizados diagnóstico detalhado, tratamento endodôntico completo com Necropulpectomia II, seguido de clareamento endógeno e restauração estética. O

atendimento destacou a importância da resolução funcional e estética, bem como a empatia e o acolhimento ao paciente durante o tratamento odontológico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Luiza Salgado Carvalho

Meu nome é Ana Luiza Salgado Carvalho, nasci em Lavras, Minas Gerais (MG), em 8 de junho de 1999. Desde cedo, uma palavra define o que sinto em meu coração: amor. Sou apaixonada por tudo o que me constitui; minha família, minha fé em Deus, meus amigos e até mesmo pelo futuro que estou construindo.

Sou filha de Rita, professora, e de Rotiê, aposentado da Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig). Com esforço e dedicação, eles sempre me mostraram que é possível começar de baixo e alcançar grandes conquistas. São meus alicerces, meus maiores exemplos de humildade e perseverança. Tenho um irmão, André, que considero um presente de Deus, e sinto-me realizada por vê-lo crescer ao meu lado. Também sou neta de Vera e João, Léia e Alberto, pessoas que considero verdadeiras referências de vida. Minha maior vitória é ver que estão orgulhosos do que estou me tornando. Infelizmente, meu avô João, que me chamava carinhosamente de “meu amor da vida”, já não está fisicamente presente, mas acredito que, junto de Deus e de Nossa Senhora Aparecida, ele continua intercedendo por mim e se alegra com minha trajetória rumo à realização de nosso maior sonho: formar-me como cirurgiã-dentista.

Tenho, ainda, o privilégio de conviver com tios e tias que sempre estiveram ao meu lado. Minha tia Rose é como uma segunda mãe, um verdadeiro porto seguro. Minha tia Ellen me concedeu a honra de ser madrinha de seu filho Caio, além de encher nossa família de amor com a chegada de Igor, nosso “pinguinho de gente” cheio de energia. A tia Rotineia, com seu jeito único de amar e cuidar, e o tio Rodrigo, companheiro fiel, são presenças constantes em minha vida. O tio Everton, que me chamava carinhosamente de “Mimi”, mesmo não estando mais aqui, deixou um legado de amor que se perpetua em seu filho Cauan, a quem tenho como irmão e que sempre foi apoio para meus avós paternos. Também cultivo um laço muito especial com meus tios Rogério e Gilza, que me presentearam com duas primas que considero irmãs. Thaís, que me trouxe o pequeno Noah, meu “xodó”, e Thaianne, minha grande parceira de vida.

Minha família é meu pilar, a razão pela qual busco diariamente ser a melhor versão de mim mesma. Tenho orgulho imenso de cada um deles e procuro retribuir com amor, gratidão e dedicação, reconhecendo que Deus e Nossa Senhora Aparecida foram generosos ao me conceder uma base tão sólida e especial. Desde a infância, já demonstrava o desejo de ser dentista, mesmo sem ter referências familiares na área. Minhas bonecas eram minhas

“pacientes”, e eu simulava atendimentos, inspirada pela dentista que cuidava de mim com tanto carinho. Embora ela já não esteja entre nós, guardo a certeza de que se orgulharia ao ver o caminho que escolhi trilhar.

Ao concluir o ensino médio, não tive dúvidas: meu sonho era ingressar na Odontologia. Optei pelo UNILAVRAS, determinada a estudar em minha cidade natal, pois sou muito ligada à minha família e não desejava afastar-me nesse período tão importante. A aprovação foi um momento de imensa alegria, compartilhado por todos que amo.

O início da graduação foi inesquecível. No primeiro contato com um paciente, ao vestir o jaleco branco, senti uma emoção indescritível. A possibilidade de aliviar dores e contribuir para o bem-estar de alguém me fez ter certeza de que a Odontologia era, de fato, a minha vocação. A jornada exigiu maturidade, resiliência e esforço, mas com fé e apoio, nunca desisti. Hoje, sinto-me próxima de realizar não apenas o meu sonho, mas também o de toda a minha família: tornar-me cirurgiã-dentista.

Durante a graduação, vivi experiências marcantes que reforçaram meu amor pela profissão. Em 2025, tive contato com a Periodontia durante atividades vocacionais e fiquei profundamente encantada com o impacto da plástica gengival na autoestima das pessoas. Essa vivência me fez escolher a Periodontia como área de interesse e atuação. Uma das experiências mais significativas foi o atendimento de uma amiga que sempre se queixava do sorriso. Poder ajudá-la a transformar sua relação com a própria imagem foi um aprendizado único, que reforçou o poder transformador da Odontologia e consolidou ainda mais minha paixão pela profissão.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

O presente caso clínico refere-se a uma paciente do sexo feminino, com 21 anos de idade, que apresentava queixa estética relacionada à exposição excessiva da gengiva ao sorrir, o que lhe gerava insatisfação com a própria aparência. Após conversas iniciais, foi sugerida uma avaliação na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS, durante as atividades da disciplina vocacional de Periodontia.

A posição da linha do sorriso pode ser classificada como alta ou baixa em relação a um padrão estético previamente estabelecido. A condição em que há maior exposição gengival além desse padrão é denominada sorriso gengival (Tomás De Oliveira et al., 2013). Para alguns

pacientes, essa característica pode ser motivo de desconforto, tornando necessária uma intervenção cirúrgica.

O sorriso gengival é uma característica fortemente influenciada pelo sexo do paciente. De acordo com parâmetros estéticos, considera-se harmônico, no caso das mulheres, um sorriso que apresente aproximadamente 3 mm de gengiva exposta durante a expressão natural. Já nos homens, a proporção estética tende a privilegiar maior exposição dentária com mínima visualização gengival (Bastidas, 2021).

O grau de severidade do sorriso gengival pode variar desde exposições leves (2 a 4 mm), moderadas (4 a 8 mm) até severas (>8 mm) (El-Bokle; Ghany, 2022). As causas para essa condição envolvem múltiplos fatores, incluindo crescimento vertical excessivo da maxila, hiperatividade da musculatura elevadora do lábio superior, altura reduzida do lábio superior, projeção dentária acentuada e dimensões coronárias diminuídas (Natarajan, 2024).

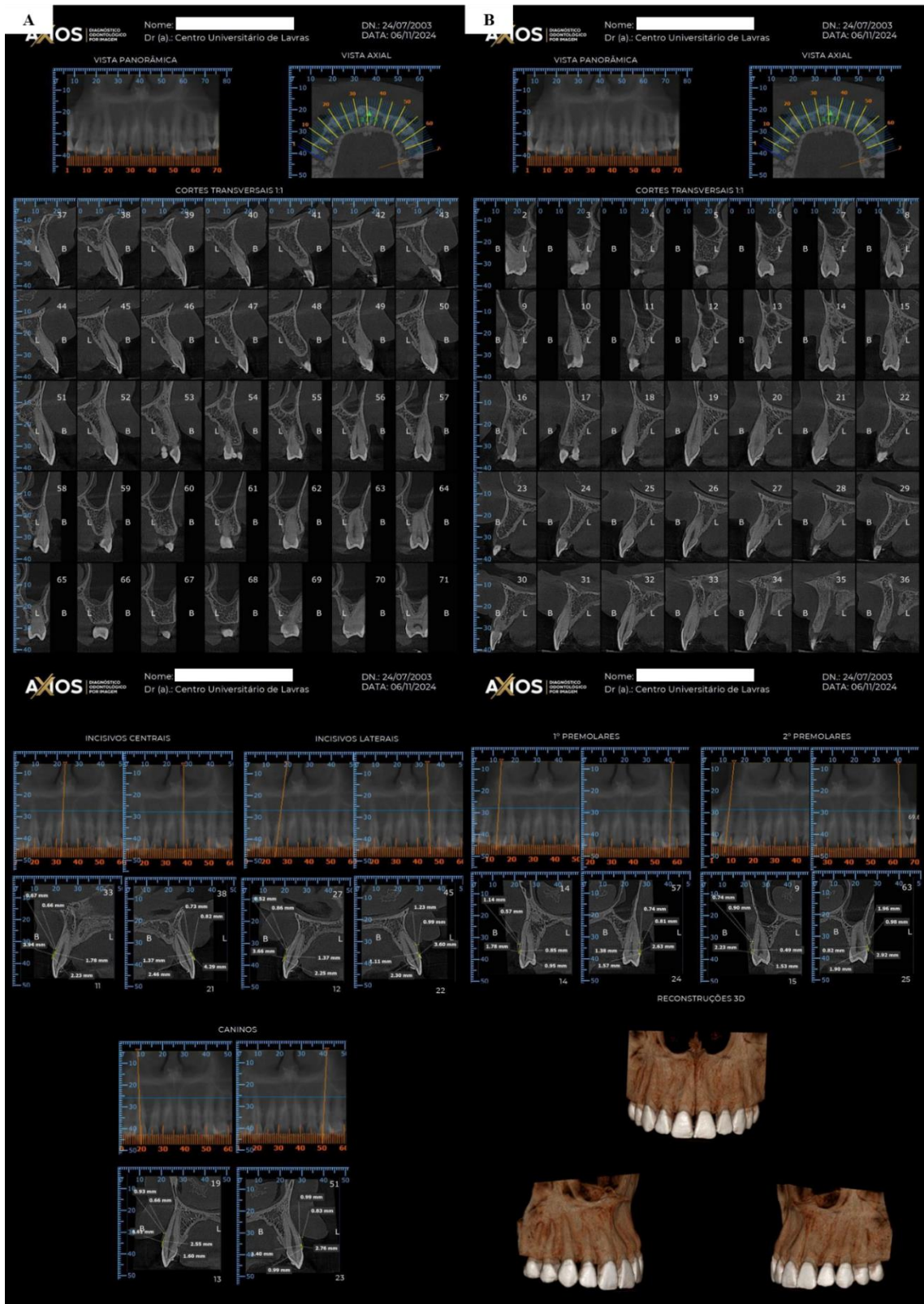
2.1.1.1 Anamnese e planejamento do caso

A paciente compareceu à clínica no dia 16 de abril de 2025, conforme agendamento prévio. Seguindo o protocolo padrão, iniciou-se a anamnese, etapa destinada à coleta de informações sobre o estado geral de saúde. A paciente relatou não ser fumante nem etilista, afirmou praticar atividade física ao menos três vezes por semana e negou histórico de doenças sistêmicas. Além disso, informou não estar sob acompanhamento médico nem fazer uso de qualquer medicação.

Na sequência, realizou-se a avaliação intraoral, que evidenciou boa saúde periodontal, ausência de bolsas periodontais e presença de faixa adequada de gengiva queratinizada. Em conjunto com o Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, constatou-se a viabilidade de uma intervenção cirúrgica para correção do sorriso gengival.


Para o planejamento cirúrgico, foram solicitados exames complementares, incluindo tomografia computadorizada da maxila (Figura 1) e respectivo laudo (Figura 2), além de fotografias do sorriso frontal, em posição forçada (Figura 3A), natural (Figura 3B) e evidenciando a maxila (Figura 3C), e do sorriso lateral esquerdo (Figura 4A) e direito (Figura 4B). Foi realizado, ainda, escaneamento intraoral para simulação digital do resultado final do sorriso, seguido da impressão em 3D do modelo, que integrou o planejamento cirúrgico detalhado.

Figura 1 – Tomografia computadorizada da hemiarcada superior esquerda (A) e direita (B), e por quadrantes.



Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

Figura 2 – Laudo da tomografia computadorizada realizada no Centro de Radiologia Axios.



35 4104-0506
axiosdiagnostico@gmail.com
Rua Horácio de Carvalho, 125, Centro, Lavras-MG

Nome: [REDACTED] DN: 24/07/2003
Dr.(a): Centro Universitário de Lavras Data: 06/11/2024

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VOLUMÉTRICA (CONE BEAM):
Indicação: AVALIAÇÃO DE MAXILA – REGIÃO DOS DENTES 15 AO 25: MENSURAÇÕES PARA CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL.

DADOS TÉCNICOS
- O exame foi obtido por meio de aquisição volumétrica.
- Os cortes oblíquos foram gerados com 80µm de espessura e 1mm de distância entre eles, devendo ser referenciados a partir das vistas panorâmicas.
- A numeração no quadrante superior direito dos cortes transversais tem como referência a régua milimetrada impressa sob o corte panorâmico central, o qual não está impresso em tamanho real, não podendo ser usado para medidas, tendo a função apenas de orientação e localização dos cortes transversais.
- As medidas podem ser feitas diretamente sobre as imagens, sem a necessidade de conversões matemáticas, uma vez que a escala é 1:1, não existindo fatores de magnificação significativos.
- As linhas utilizadas para mensuração não sugerem, em hipótese alguma, trajetória de inserção cirúrgica ou protética, apenas as dimensões ósseas alveolares.
- As imagens tridimensionais são apenas de caráter ilustrativo.

"A tomografia computadorizada é um exame complementar, em que os **aspectos observados** devem ser considerados em conjunto todos os demais exames prévios."

ASPECTOS OBSERVADOS:
Considerando-se as regiões adquiridas, observou-se:

- Dentes 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25 visualizados.
- Extensão alveolar dos seios maxilares em ambos os lados, vistos parcialmente nos volumes adquiridos.
- Demais estruturas ósseas com aspecto de normalidade.

OBS. Foram realizadas as seguintes mensurações: (JCE – crista óssea); (margem gengival – crista óssea); (JCE – margem gengival); (espessura gengival); (espessura óssea).

ANÁLISES DENTÁRIAS
MEDIDAS
Foram realizadas medidas lineares nas regiões citadas abaixo:

	JCE - crista óssea (mm)	Margem gengival - crista óssea (mm)	JCE - margem gengival (mm)	Espessura gengival (2mm a partir da crista óssea)	Espessura óssea (2mm a partir da crista óssea)
Dente 15	0.49	2.23	1.53	0.74	0.90
Dente 14	0.85	0.95	1.78	1.14	0.57
Dente 13	2.55	4.61	1.60	0.93	0.66
Dente 12	1.37	3.66	2.25	0.52	0.86
Dente 11	1.78	3.94	2.23	0.67	0.66
Dente 21	1.37	4.29	2.46	0.82	0.73
Dente 22	1.11	3.60	2.30	0.99	1.23
Dente 23	1.40	2.76	0.99	0.83	0.99
Dente 24	1.38	2.63	1.38	0.81	0.74
Dente 25	0.82	2.29	1.90	0.98	1.96

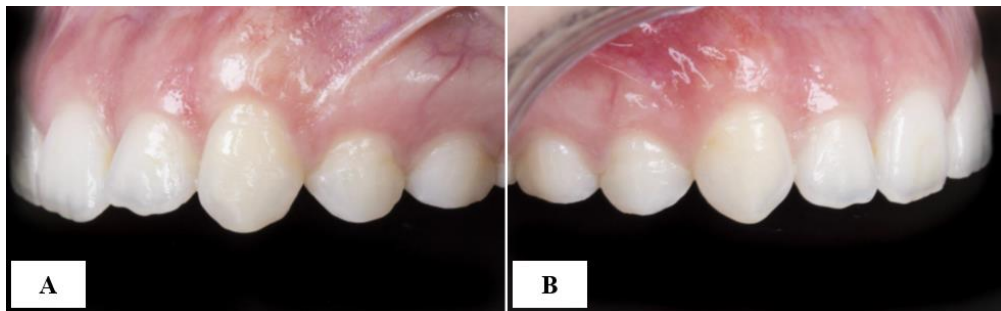
Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

Figura 3 – Sorriso frontal forçado (A), natural (B) e forçado com evidência para a maxila (C).



Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

Figura 4 – Sorriso em vista lateral esquerda (A) e direita (B).



Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

Na avaliação dos exames complementares, foram realizados estudos individualizados dos elementos dentários, considerando a proporção áurea entre a altura e a largura da coroa clínica e anatômica. Um sorriso harmônico é composto pela interação equilibrada de três elementos: dentes, gengiva e lábios. Quando esses componentes apresentam proporções adequadas, o sorriso torna-se esteticamente agradável (Sharmila et al., 2025). A exposição excessiva do tecido gengival, entretanto, rompe esse equilíbrio e resulta em uma condição não estética, denominada sorriso gengival, que pode gerar impacto psicológico negativo nos pacientes.

A periodontia exerce papel fundamental na construção desse sorriso harmônico, uma vez que, para a maioria das pessoas, a presença de dentes hígidos e bem posicionados torna-se insuficiente quando associada à exposição exagerada da gengiva, comprometendo a percepção estética (Pedron, 2016). O sorriso gengival é uma alteração relativamente comum, caracterizada

pela exposição excessiva do tecido gengival anterossuperior durante o sorriso, decorrente de uma relação inadequada entre a borda inferior do lábio superior e a margem gengival dos dentes anterossuperiores (Dogenski et al., 2023). Em casos mais severos, a exposição gengival pode ser observada até mesmo em repouso (Silberberg; Goldstein; Smidt, 2009).

Conforme já mencionado, o diagnóstico do sorriso gengival é realizado a partir do grau de exposição gengival. Neste caso, foi classificado como grau I (leve), em virtude da baixa exposição gengival (2 a 4 mm). Para assegurar maior previsibilidade ao tratamento, o planejamento digital foi incorporado, permitindo um diagnóstico mais acurado, além de facilitar a comunicação profissional-paciente por meio de recursos visuais. Assim, tornou-se possível avaliar cada fase do tratamento, comparar imagens sequenciais e, se necessário, ajustar a conduta clínica para alcançar resultados otimizados.

O escaneamento intraoral tem se consolidado como ferramenta indispensável no planejamento e execução de procedimentos odontológicos, especialmente em intervenções estéticas, como a correção do sorriso gengival. Essa tecnologia permite a captura de imagens tridimensionais precisas da arcada dentária e dos tecidos moles, substituindo moldagens convencionais e proporcionando maior conforto ao paciente, bem como dados clínicos mais detalhados ao profissional (Thomas et al., 2022).

No contexto da cirurgia plástica gengival, o escâner intraoral possibilita uma reprodução digital extremamente fiel da anatomia bucal, viabilizando tanto o planejamento detalhado das incisões e da remoção de tecido quanto a simulação digital do resultado estético final. A previsibilidade obtida por esse recurso impacta positivamente na comunicação com o paciente e na segurança durante o ato cirúrgico. Além disso, evidências recentes demonstram que o escaneamento óptico intraoral trouxe avanços significativos para a pesquisa periodontal, possibilitando métodos inovadores de avaliação, como a análise volumétrica da dinâmica dos tecidos moles. Estudos indicam que análises computadorizadas de escaneamentos ópticos oferecem maior acurácia nas medições lineares das alterações dimensionais gengivais após diferentes intervenções, superando a precisão das sondas periodontais convencionais (Angelone et al., 2023).

Portanto, a incorporação do escaneamento intraoral moderniza o fluxo clínico, eleva o padrão de excelência diagnóstica e terapêutica e contribui diretamente para o sucesso funcional e estético na correção do sorriso gengival. No presente caso, foi solicitado um escaneamento digital completo da paciente (Figura 5A), que possibilitou a confecção de um modelo físico

preciso por meio de impressão 3D (Figura 5B). Dessa forma, foi possível planejar e apresentar à paciente uma visualização detalhada do resultado esperado para o seu sorriso.

Figura 5 – Escaneamento digital completo (A) e modelo em 3D (B), feitos em arquivo Dicom e através do sistema Exocad.



Fonte: Laboratório SH Planning Center, 2025 (editado pela autora).

Após a aprovação do planejamento e alinhamento de todos os detalhes, iniciou-se a etapa cirúrgica com segurança e previsibilidade. A partir do planejamento digital realizado, foi confeccionado um guia cirúrgico personalizado (Figura 6), cuja finalidade foi orientar precisamente o traçado da incisão gengival. O uso do guia permitiu maior acurácia na execução do procedimento, reduzindo riscos de remoção excessiva ou insuficiente de tecido e garantindo que o resultado estivesse em conformidade com o planejamento estético previamente estabelecido.

Figura 6 – Guia cirúrgico impresso.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

2.1.1.2 Etapa cirúrgica

Durante o procedimento cirúrgico, seguiu-se o protocolo previamente adotado nas atividades clínicas cirúrgicas. Inicialmente, foi realizada a assepsia intraoral por meio de

bochecho com Digluconato de Clorexidina a 0,12% por um minuto, seguida da assepsia extraoral com Clorexidina a 2%. Em seguida, procedeu-se à anestesia local por meio do bloqueio dos nervos infraorbitários e alveolares médios superiores, bilateralmente, além dos bloqueios dos nervos nasopalatinos e palatinos maiores, também em ambos os lados. Utilizou-se como solução anestésica a Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 2% – Nova DFL).

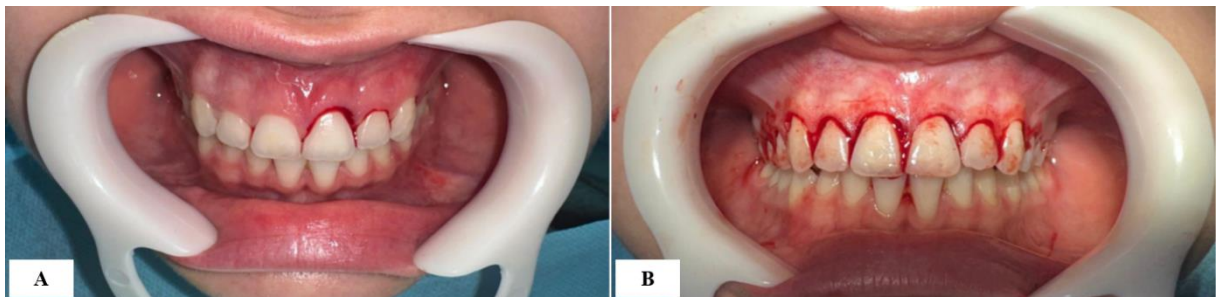
Após o aprofundamento adequado da anestesia, instalou-se o guia cirúrgico (Figura 7), que orientou a correta delimitação da incisão. Realizou-se então uma incisão em bisel interno com lâmina de bisturi nº 15C (aço carbono estéril – Swann-Morton), respeitando a posição do zênite gengival previamente estabelecida no planejamento digital. O tecido gengival incidido (Figura 8A) foi cuidadosamente removido com curetas de Gracey (Figura 8B), iniciando-se pelas faces proximais e, posteriormente, pelas faces livres, seguindo a sequência de remoção do lado esquerdo para o direito.

Figura 7 – Guia cirúrgico posicionado na arcada superior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Figura 8 – Início da incisão em bisel (A) e remoção do excesso gengival (B) do dente 15 ao 25.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Sempre que necessário, a regularização do contorno ósseo foi avaliada para garantir a adequada distância entre a crista óssea e a nova margem gengival, respeitando o espaço

biológico. Após a remodelação tecidual, foi realizado o controle da hemostasia e a verificação da harmonia gengival antes da sutura.

Logo após, foi confeccionado um deslocamento mucoperiosteal total (Figura 9), mediante incisão intrasulcular, utilizando o descolador de Molt 2-4 (Hu-Friedy). Durante esse procedimento, considerou-se cuidadosamente o risco de possível invasão do espaço biológico, em função da nova margem gengival estabelecida no planejamento cirúrgico.

Figura 9 – Deslocamento mucoperiosteal total.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Para a realização da osteotomia e osteoplastia (Figura 10), utilizou-se a broca esférica diamantada nº 3018 e a ponta diamantada nº 2173 ESP (KG Sorensen), em alta rotação, sob irrigação contínua com Soro fisiológico 0,9%, empregando a técnica de gotejamento. O refinamento da margem óssea teve como objetivo estabelecer uma distância de aproximadamente 3 mm entre a Junção Cimento-Esmalte (JCE) e a Crista Óssea (CO), respeitando o espaço biológico e garantindo a adequada inserção dos tecidos supracrestais, conforme determinado no planejamento virtual.

Figura 10 – Osteotomia e osteoplastia.

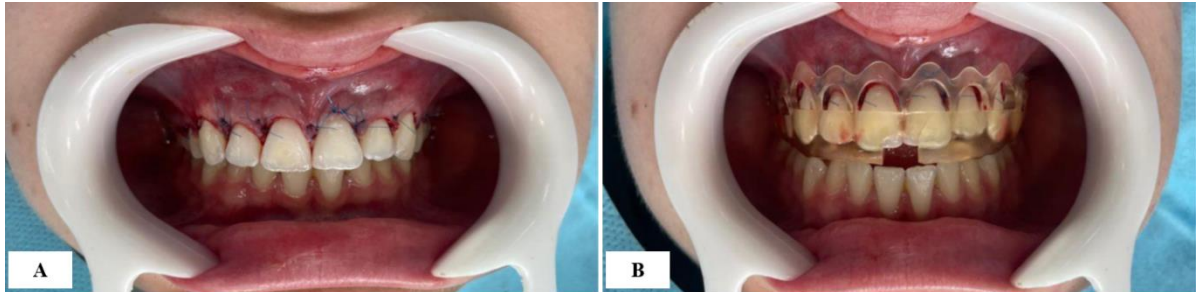


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Para o encerramento do procedimento, foram realizadas suturas em colchoeiro vertical em cada papila (Figura 11A), com acesso pela face palatina, utilizando fio Nylon Blue 5-0

(Poliamida – Techsuture). Além disso, foi realizada a prova do guia cirúrgico para a conferência final (Figura 11B).

Figura 11 – Suturas em colchoeiro vertical (A) e prova do guia cirúrgico (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

2.1.1.3 Pós-operatório

Segundo Khan e Dias (2019), recomenda-se evitar a manipulação da área operada e falar o mínimo possível após a cirurgia. A paciente deve ser orientada a manter uma alimentação equilibrada, priorizando alimentos líquidos ou pastosos, em temperatura ambiente. Pacientes fumantes devem ser esclarecidos quanto aos efeitos negativos do tabaco sobre a cicatrização, sendo indicado evitar ou reduzir ao máximo o consumo nesse período. Além disso, recomenda-se não realizar esforços físicos nem se expor ao sol nas primeiras 48 horas, bem como aplicar bolsa de gelo na região operada logo após o procedimento.

A prescrição pós-operatória (Tabela 1) deve incluir analgésicos, quando necessários, e enxaguante bucal para controle químico da placa bacteriana. As medidas de higiene oral devem ser suspensas apenas na região submetida à cirurgia, sendo substituídas pelo bochecho com Digluconato de Clorexidina a 0,12%, durante 1 minuto, duas vezes ao dia, por um período de 14 a 21 dias, associado à aplicação tópica de Clorexidina em gel a 2% sobre as papilas, de 7 a 14 dias. O Digluconato de Clorexidina a 0,12% apresenta alta substantividade na cavidade oral e é considerado o padrão-ouro para o controle químico da placa bacteriana no período pós-cirúrgico (Kampf, 2024).

As suturas devem ser removidas entre 7 e 10 dias após a cirurgia. A higiene bucal rotineira é retomada após 14 dias, preferencialmente com escova dental pós-cirúrgica de cerdas extra-macias. Apesar da manipulação cuidadosa dos tecidos e do uso de instrumentos delicados, a cirurgia plástica periodontal pode gerar edema, dor e desconforto. A prescrição de agentes anti-inflamatórios esteroides (AIE) no pré-operatório reduz o edema e a dor pós-cirúrgica

(Kampf, 2024). A Betametasona e a Dexametasona são os fármacos de escolha mais utilizados em Odontologia, administrados por via sistêmica.

O uso rotineiro de antibióticos profiláticos não é recomendado, exceto em pacientes de risco (Khan; Dias, 2019). Caso ocorra complicação inflamatória, pode-se indicar antibioticoterapia. A prescrição recomendada é Amoxicilina 500 mg, três vezes ao dia por sete dias, ou Clindamicina 300 mg, três vezes ao dia por sete dias em pacientes alérgicos à Penicilina.

O curativo cirúrgico pode ser utilizado para proteger a ferida, estabilizar o coágulo e os tecidos, porém apresenta desvantagens, como aspecto antiestético, proliferação bacteriana sob sua superfície e risco de prejudicar a cicatrização no momento da remoção. Dessa forma, sua indicação deve ser restrita a casos com tecido conjuntivo exposto.

O controle químico do biofilme é fundamental nos estágios iniciais da cicatrização. Apesar da eficácia, a clorexidina apresenta efeitos colaterais reversíveis, como manchas em dentes e língua, além de alteração do paladar (Kampf, 2024). Nestes casos, pode-se recomendar profilaxia profissional com pasta profilática e polimento para remoção das manchas.

No presente caso clínico, como a paciente relatou alergia à Amoxicilina, foi prescrita Clindamicina 300 mg, três vezes ao dia, por sete dias, associada à Dexametasona 4 mg (dois comprimidos a cada 12 horas, durante três dias) e ao bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia por 14 a 21 dias. Não houve necessidade de curativo cirúrgico, uma vez que sua utilização poderia prejudicar a cicatrização e favorecer a proliferação microbiana.

Tabela 1 – Recomendações pós-cirúrgicas.

Cuidados pós-operatórios	Orientações
Higiene oral	Não escovar a área operada nos primeiros 14 dias
Controle químico de placa	Realizar bochecho com o enxaguante prescrito (Digluconato de Clorexidina)
Retomada da higiene	Retomar a escovação após 14 dias com escova macia
Manipulação da área	Não manipular o local da cirurgia
Atividade física	Não realizar esforço físico
Exposição solar	Evitar exposição ao sol nas primeiras 48 horas
Alimentação	Preferir alimentos líquidos ou pastosos
Temperatura dos alimentos	Evitar alimentos quentes
Controle de edema	Aplicar gelo no local nas primeiras 24 horas
Tabagismo	Não fumar
Medicação	Utilizar corretamente os medicamentos prescritos

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

2.1.1.4 Prognóstico e resultado final

O prognóstico em cirurgias de correção de sorriso gengival guiadas é, de modo geral, bastante favorável, promovendo melhora significativa na autoestima e na satisfação estética do paciente. No caso apresentado, o resultado seguiu essa tendência, com prognóstico excelente, superando as expectativas da paciente. Não foram observadas complicações no pós-operatório, e a paciente relatou ausência de incômodos ou dor durante o período de recuperação.

Ressalta-se que o sucesso do tratamento foi potencializado pelo rigoroso cumprimento das orientações pós-operatórias e pela correta administração da medicação prescrita. Atualmente, a paciente permanece em acompanhamento clínico, com o objetivo de garantir a manutenção e o aprimoramento contínuo dos resultados obtidos.

O retorno para avaliação foi realizado sete dias após o procedimento (Figura 12). Além desse acompanhamento inicial, recomendou-se que a paciente comparecesse para avaliações, com o intuito de monitorar a cicatrização e assegurar a estabilidade dos resultados do procedimento cirúrgico. Logo, foi solicitado o retorno do paciente com 90 dias pós-operatório (Figuras 13 e 14), para avaliação e o resultado foi como esperado e a paciente extremamente satisfeita.

Figura 12 – Suturas em colchoeiro vertical após 7 (sete) dias.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Figura 13 – Pós-operatório após 90 dias.

Sorriso frontal forçado (A), natural (B) e forçado com evidência para a maxila (C).



Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

Figura 14 – Pós-operatório após 90 dias.

Sorriso em vista lateral esquerda (A) e direita (B).



Fonte: Axios, 2025 (editado pela autora).

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bárbara Letícia Pessoa

Meu nome é Bárbara Letícia Pessoa, tenho 27 anos e sou natural de Alfenas – MG, onde cresci em meio a uma família de dentistas. Desde criança manifestei interesse pela Odontologia, embora, em alguns momentos, tenha questionado se essa seria, de fato, a carreira que desejava seguir. Sou extremamente grata aos meus pais e ao meu companheiro, Yuri, por todo apoio e incentivo. Em especial, destaco minha mãe, que sempre acreditou em mim e me inspirou com seu exemplo de dedicação e coragem. Em 2017, ela conquistou aprovação em concurso público para a Universidade Federal de Lavras (UFLA), onde atua como bibliotecária. Embora, no início, tenha sido difícil aceitar sua mudança para outra cidade, compreendi que estava realizando um sonho pessoal. Durante esse período, permaneci em Alfenas com meu pai e meu irmão, vivenciando também um momento delicado de depressão. Essa fase foi superada, em parte, com o acolhimento de familiares no Rio de Janeiro, o que me trouxe força para seguir em frente.

Em 2019, decidi mudar-me para Lavras, onde surgiu a oportunidade de ingressar no curso de Odontologia do UNILAVRAS. Durante a graduação, vivi uma experiência transformadora com a chegada do meu filho, Levi de 2 anos, fruto do meu relacionamento com Yuri e o grande amor das nossas vidas. Ele trouxe a sorte, o vento e asas para voar, sem dúvida alguma foi a melhor coisa que me aconteceu. A vinda do meu filho me trouxe maturidade, novas perspectivas e a certeza de que a maternidade é uma das minhas maiores conquistas. Próximo à conclusão do curso descobri uma nova gravidez, estou à espera da Maria Luiza. Confesso que levei um susto, mas estou muito feliz e realizada, meus filhos são meu sonho vivo e realizado.

Devido à licença-maternidade, interrompi o curso em 2023, retomando os estudos em 2024. Ao longo da formação, tive contato com diversas áreas da Odontologia, mas a Odontopediatria conquistou meu coração, sendo o segmento com o qual mais me identifico e no qual pretendo me especializar após a graduação.

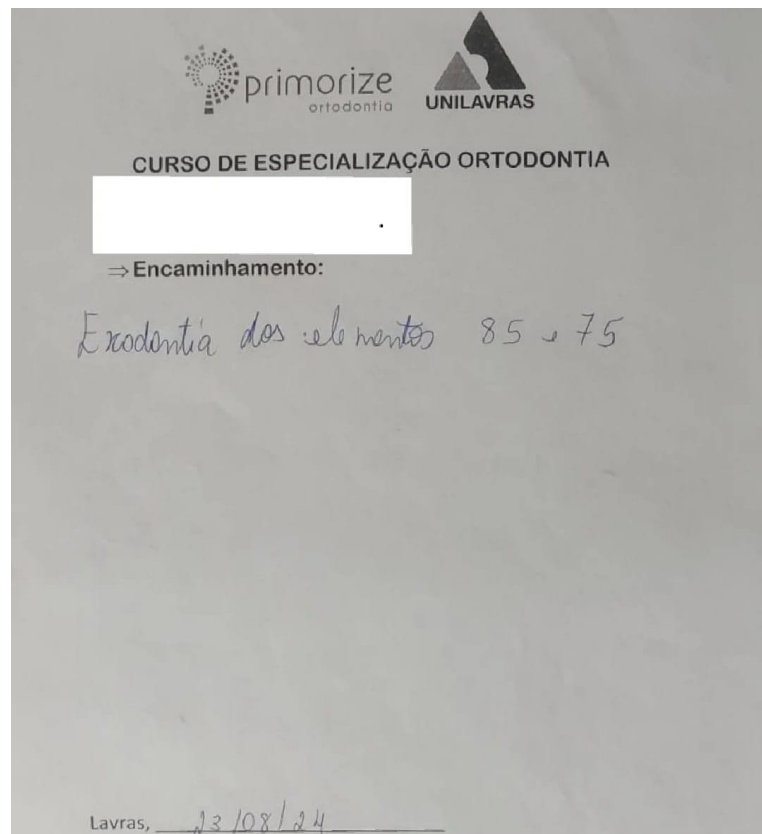
No presente trabalho, apresento um caso clínico de Rizólise Atípica, diagnosticado em 2024 em uma paciente do sexo feminino, com 14 anos de idade.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

No final de outubro de 2024, durante meu plantão de urgência na disciplina de Clínica Infantil III, atendi uma paciente do sexo feminino, de 14 anos de idade, encaminhada pelo curso

de Especialização em Ortodontia do UNILAVRAS (Figura 15) para exodontia dos elementos 85 e 75. Iniciei o atendimento com o preenchimento da ficha de urgência e, em seguida, realizei o exame clínico (Figura 16). Posteriormente, foram solicitadas radiografias periapicais dos lados esquerdo (17A) e direito (Figura 17B) da paciente, nas quais foi possível observar uma reabsorção anormal das raízes distais dos elementos 85 e 75. Tal fenômeno, denominado rizólise atípica, caracteriza-se pela reabsorção irregular ou unilateral das raízes, podendo ocasionar atraso na erupção ou até mesmo erupção ectópica do dente permanente.

Figura 15 – Encaminhamento da paciente.



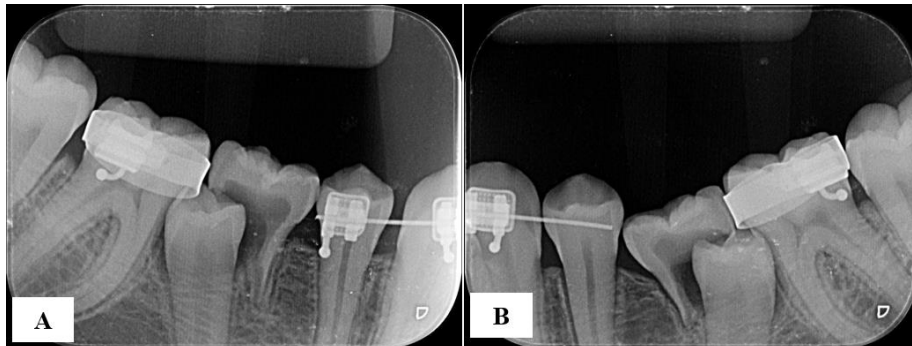
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).



Figura 16 – Exame clínico da paciente

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 17 – Radiografias periapicais do lado direito (A) e esquerdo (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A rizólise é um “processo biológico de reabsorção das raízes dos dentes decíduos (os famosos “dentes de leite”), permitindo a sua substituição pelos dentes permanentes; esse processo ocorre de forma natural e progressiva” (Pinho, 2025). Esse fenômeno ocorre por meio da ação de células especializadas chamadas osteoclastos, responsáveis por promover a reabsorção radicular desde a fase em que o dente permanente ainda se encontra em formação dentro do osso e inicia sua movimentação em direção à gengiva. Esse deslocamento estimula os osteoclastos, que passam a reabsorver a raiz do dente decíduo. À medida que essa reabsorção avança, o dente perde sua fixação no osso e na gengiva, tornando-se progressivamente mais móvel até sua esfoliação natural. Esse mecanismo segue uma ordem cronológica, garantindo que os dentes permanentes disponham do espaço necessário para irromper corretamente (Pinho, 2025).

Entretanto, nem sempre a rizólise ocorre de forma regular. Quando se apresenta de maneira atípica, pode ocasionar retenção prolongada dos dentes decíduos. Entre as causas mais comuns dessa irregularidade estão a ausência ou o posicionamento anormal do dente permanente, traumas dentários, além de infecções ou inflamações locais.

Segundo Fux-Noy (2019 *apud* Martins et al., 2022, p. 3), em casos menos frequentes, erupções ectópicas de pré-molares também podem reabsorver de maneira patológica as raízes de molares decíduos. Nessas situações, devido à posição dental inadequada (agente lesivo), ocorre uma reabsorção radicular assimétrica da raiz do dente decíduo, caracterizada como reabsorção radicular externa do tipo inflamatória. Esse processo decorre da pressão exercida pelo folículo do dente permanente em erupção e em posição ectópica (Galler et al., 2021 *apud* Martins et al., 2022, p. 3). Inicialmente, a reabsorção no dente decíduo tem início na porção radicular mais próxima ao dente permanente e pode evoluir até alcançar a câmara pulpar (Gonçalves et al., 2012 *apud* Martins et al., 2022, p. 3).

No caso clínico descrito, as radiografias periapicais confirmaram que as reabsorções das raízes distais dos segundos molares decíduos 85 e 75 foram causadas pela erupção ectópica dos pré-molares 45 e 35, que se encontravam impactados abaixo da coroa dos molares decíduos. Diante desse quadro, optou-se pela exodontia dos elementos 85 e 75.

A exodontia de molares decíduos está indicada apenas em casos de impactação severa, isto é, quando há impedimento da erupção do germe permanente, ou ainda na presença de mobilidade excessiva ou abscesso (Martins et al., 2022).

2.2.2 Exodontia

Iniciamos o procedimento com assepsia intraoral utilizando Digliconato de Clorexidina a 0,12% e extraoral com Digliconato de Clorexidina a 2%. Como a paciente era adolescente, não houve necessidade de empregar técnicas de manejo comportamental. De acordo com De Souza et al. (2024, p. 7-8) “esse manejo consiste no planejamento de intervenções psicológicas individualizadas, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança entre o cirurgião-dentista e a criança”. Após a devida organização prévia e conhecimento das particularidades do paciente pediátrico, o tratamento odontológico pode ser conduzido de forma afetiva (De Souza et al., 2024).

No presente caso, optou-se apenas por explicar o procedimento à paciente. Em seguida, realizamos a anestesia local. Para isso, utilizamos o anestésico tópico Benzotop (Figura 18), em

forma de gel, que é rapidamente absorvido pela mucosa e promove ação imediata, reduzindo o desconforto durante a inserção da agulha (Coreus Saúde, 2025).

Figura 18 – Anestésico tópico (Benzotop).



Fonte: Dental Maxxi (2025).

Realizamos a técnica anestésica do bloqueio do nervo alveolar inferior, utilizando Lidocaína a 2% (Figura 19), fármaco amplamente empregado por apresentar baixa toxicidade em comparação a outros anestésicos locais. Além disso, possui início de ação rápido, entre 3 e 5 minutos, com duração média de aproximadamente 1 hora em polpa dentária e de 3 a 5 horas em tecidos moles (Wandscheer, 2020). Para este caso, administrei um tubete de Alphacaine 100[®] em cada lado.

Figura 19 – Anestésico Alphacaine 100[®].



Fonte: Dental Denteco (2025).

Prosseguimos com o descolamento gengival utilizando o descolador de Molt nº 9 (Figura 20A). Em seguida, empregamos o fórceps infantil nº 44 (Figura 20B), indicado para a

extração de molares decíduos inferiores, com o objetivo de realizar a luxação e posterior remoção dos dentes. O procedimento foi conduzido com cautela, a fim de evitar qualquer comprometimento do germe permanente que se encontrava impactado.

Figura 20 – Descolador de Molt 9 (A) e fórceps infantil n°44 (B).



Fonte: Dental Speed (2025).

Após a extração, realizei a manobra de Champret, técnica utilizada para comprimir as paredes do alvéolo dentário, com o objetivo de reduzir sua espessura e favorecer a cicatrização. Em seguida, procedi à irrigação da cavidade com seringa contendo solução aquosa de Cloreto de sódio a 0,9%, a fim de remover possíveis resíduos ou detritos, como fragmentos de tecido ou sangue, prevenindo infecções e promovendo a reparação adequada. Nas extrações de dentes decíduos, a realização de sutura nem sempre é necessária (Figura 21). De acordo com Colares et al. (2021), a indicação desse procedimento depende do tipo de exodontia realizada e da integridade dos tecidos.

Figura 21 – Procedimento final da exodontia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

O desfecho ideal do processo eruptivo, conforme Aldowsari et al. (2021), é caracterizado pelo correto posicionamento dental, permitindo que o dente desempenhe adequadamente suas funções estéticas, fonéticas e funcionais. Entretanto, nem sempre os dentes permanentes seguem uma trajetória eruptiva adequada; em alguns casos, sofrem desvios na rota de erupção e podem provocar reabsorções atípicas. No caso relatado, o desfecho eruptivo apresentava prognóstico desfavorável, exigindo intervenção imediata (Martins et al., 2022, p. 6).

A exodontia foi realizada com sucesso, embora a rizólise atípica tenha tornado a remoção mais complexa devido à retenção radicular parcial e à proximidade com o dente sucessor. Mesmo que o procedimento não tenha sido altamente invasivo, sintomas pós-operatórios, como dor leve a moderada nas primeiras 48 horas, eram esperados. Esses sintomas podem ser controlados com analgésicos como dipirona ou paracetamol. A paciente foi orientada a adotar cuidados específicos, tais como: evitar alimentos quentes e sólidos nas primeiras 24 horas, manter adequada higiene oral sem escovar diretamente sobre o local da extração e evitar bochechos por 48 horas.

Durante e após o procedimento, a paciente apresentou-se um pouco ansiosa, mas colaborativa e receptiva às orientações fornecidas. Após a remoção dos dentes, relatou sentir-se aliviada. Por se tratar de um atendimento de urgência, não foi possível realizar o acompanhamento clínico subsequente. Contudo, o esperado é que o dente sucessor se posicione adequadamente no espaço resultante da extração.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Flávia Dessimoni Ribeiro

Meu nome é Flávia Dessimoni Ribeiro, tenho 25 anos e sou nascida e criada no estado da Bahia, pelo qual nutro imenso carinho, repleto de história e de um povo de muita fé.

A Odontologia sempre esteve presente na minha vida. Desde criança fui criada nesse ambiente, convivendo com minha tia Célia e meu tio Eduardo, minha tia Ísis e meu tio Silvério, além do meu padrinho Matheus e sua esposa Monique. Por essa razão, o consultório odontológico fazia parte do meu cotidiano. Lembro-me, inclusive, de ter feito um desenho representando a mim ao lado de uma dentista que morava em meu prédio de infância, uma ortodontista chamada Helena, reafirmando meu desejo de, um dia, me tornar como ela.

Mesmo tendo essa vocação em mente, durante o ensino médio me senti perdida em relação ao que realmente queria seguir. Pensei muito em Medicina, influenciada por pessoas ao meu redor. Fiz cursinho após o término da escola e prestei vários vestibulares, mas sem sucesso. Hoje entendo que isso aconteceu para o meu bem, pois foi nesse momento que decidi assumir o que eu realmente amava: a Odontologia.

Em 2019, iniciei o curso de Odontologia em Lauro de Freitas/BA. Naquele período, minha vida pessoal estava conturbada: meus pais haviam se separado e minha mãe enfrentava dificuldades para conseguir emprego. Para estar mais próxima de mim, ela decidiu mudar-se para Lauro de Freiras, já que até então eu morava sozinha com minha irmã de coração, Emille. Mesmo assim, eu ainda sentia muita falta de minha família. No entanto, minha mãe não conseguiu se adaptar à cidade e, no fim de 2019, decidiu retornar para sua terra natal, Lavras. Perguntou-me se eu ficaria na Bahia ou se a acompanharia. Optei por mudar para Lavras, especialmente porque minha tia Ísis, professora do UNILAVRAS, sempre elogiava a qualidade do curso de Odontologia da instituição e o reconhecimento dos profissionais formados ali.

O que eu não imaginava era que, em apenas duas semanas de aulas presenciais, a pandemia de COVID-19 se instauraria. No início, acreditei, como muitos, que duraria pouco tempo. Mas, diante do agravamento da situação, as aulas passaram a ser online. Esse formato trouxe grandes dificuldades para mim, principalmente no que se refere à concentração, o que impactou ainda mais quando retornamos às atividades presenciais, sobretudo nas disciplinas práticas.

Com o tempo, essa situação foi me desmotivando, algo perceptível para meus professores, meus pais e pessoas próximas. No final do 5º período, acabei reprovando em Clínica Integrada, o que me deixou profundamente abalada, pois representava um atraso na minha trajetória. No entanto, minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, não me deixou desistir e me ajudou a superar esse momento.

Percebi, então, que a mudança dependia de mim. Decidi procurar um trabalho e comecei a atuar como *body piercer*, experiência que transformou minha vida. Essa atividade me proporcionou amadurecimento, organização, senso de responsabilidade e, sobretudo, uma nova perspectiva sobre mim mesma e sobre meus compromissos.

A partir daí minha trajetória acadêmica se transformou. Passei a me dedicar mais, a me envolver com o curso e a fortalecer meu vínculo com a Odontologia. Minhas notas melhoraram significativamente, tornei-me monitora e, com isso, percebi a grande evolução que havia conquistado.

Hoje, tenho plena convicção de que a frase “*a Odontologia transforma vidas*” é uma verdade absoluta. Isso porque, além de transformar a vida dos pacientes, a profissão também transforma a vida dos próprios profissionais, ensinando-nos a enxergar o mundo com mais empatia, responsabilidade e amor.

Durante minha graduação, vivi experiências únicas e marcantes. Entre elas, destaco o caso de uma paciente de 37 anos, portadora de cisto periodontal e com histórico de traumas odontológicos. Conhecer sua história, compreender suas angústias e perceber como esses fatores influenciaram seu tratamento e recuperação tornou esse caso especial para mim. É justamente ele que retratarei neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), unindo ciência, técnica e sensibilidade humana.

2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, 37 anos, compareceu à Clínica de Diagnóstico Oral do UNILAVRAS em setembro de 2023, sob supervisão da Profa. Dra. Natália Galvão. Desde a anamnese inicial, observou-se que o caso seria mais bem conduzido pela Clínica de Endodontia, sendo então encaminhado para mim, durante o sexto período da graduação, em razão de uma extensa lesão envolvendo os elementos 11, 12, 13 e 21, como pode ser vista na radiografia de estudo (Figura 22), além de uma reabsorção óssea no elemento 11. As reabsorções dentárias ocorrem a partir de um fator desencadeante, associado à presença de um fator de manutenção. Quando tais fatores são removidos, há grandes chances de paralisação do processo reabsortivo, conforme afirmam Tomazinho et al. (2023).

Figura 22 – Radiografia de estudo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A paciente foi acomodada na cadeira odontológica e, conforme os protocolos clínicos, foi realizada a revisão da anamnese. Durante a entrevista, relatei perguntas sobre dores, tratamentos anteriores e desconfortos, sendo que a paciente informou não apresentar nenhum problema sistêmico, alergias, uso contínuo de medicamentos ou sintomatologia dolorosa no momento.

Na história pregressa, a paciente relatou que, por volta de 2019, procurou atendimento odontológico devido a um inchaço facial que causava deformidade. Após exames, o cirurgião-dentista responsável diagnosticou abscesso, recomendando a drenagem. Contudo, como havia acabado de dar à luz, recusou o procedimento. Posteriormente, retornou ao consultório e realizou tratamento endodôntico no elemento 12. Após cerca de quatro anos, notou o surgimento de um nódulo na região próxima à asa nasal direita, motivo pelo qual buscou atendimento no UNILAVRAS para investigação complementar.

Em um primeiro momento, foram realizadas radiografias periapicais superior (Figura 23A) e inferior (Figura 23B). Durante a tomada radiográfica, observou-se dificuldade para posicionamento do filme, fato explicado pela presença de atresia maxilar. Segundo Maciel, Freitas e Melo (2024), essa condição apresenta-se como um palato ogival profundo, de conformação triangular, resultante da perda da forma parabólica típica do arco dentário superior, o que justifica a limitação técnica no exame.

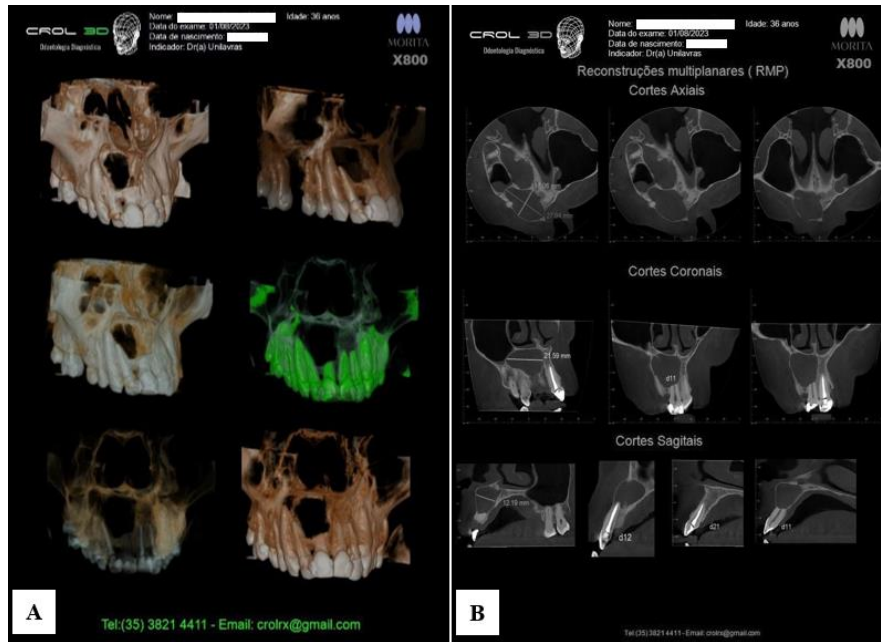
Figura 23 – Radiografias periapicais superior (A) e inferior (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após a conclusão da anamnese e das radiografias iniciais, foi solicitado exame de tomografia computadorizada (Figura 24) e laudo correspondente (Figura 25) para melhor avaliação do caso. O diagnóstico, assim como o planejamento do tratamento endodôntico e cirúrgico, seria iniciado após a análise desse exame. É importante destacar que a tomografia computadorizada é um recurso fundamental, pois permite a avaliação detalhada de aspectos relevantes, como tamanho e localização da lesão, proximidade com dentes vitais e relação com estruturas anatômicas adjacentes (Junqueira et al., 2011).

Figura 24 – Tomografia computadorizada. Feixe cônico (Cone Beam) da maxila (A) e cortes axiais, coronais e sagitais (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 25 – Laudo da tomografia computadorizada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Na segunda consulta, após a análise do resultado da tomografia, que evidenciou uma extensa lesão medindo 17,06 mm × 27,04 mm na região anterior da maxila, foram realizados os testes de sensibilidade térmica com Endo Ice e o teste de palpação nos elementos envolvidos.

Observou-se ausência de vitalidade pulpar no elemento 11, o qual apresentava reabsorção radicular externa apical, caracterizando diagnóstico de necrose pulpar com lesão apical.

Para o plano de tratamento, foi proposto inicialmente realizar a Necropulpectomia II, seguida da cirurgia para remoção do cisto. Segundo Leonardo et al. (1998), a polpa necrótica pode ser classificada com base na visualização da lesão apical por exame radiográfico:

- **Tipo I:** quando a lesão periapical não é visualizada radiograficamente; indica-se Necropulpectomia I.
- **Tipo II:** quando a lesão periapical é visualizada radiograficamente; indica-se Necropulpectomia II.

2.3.1.1 Endodontia

No dia 21 de setembro de 2023, a paciente retornou à clínica odontológica do UNILAVRAS para início do tratamento endodôntico. Como de costume, chegávamos mais cedo para retirar os materiais da esterilização e organizar a mesa clínica, garantindo a disposição adequada dos instrumentais para o atendimento. Na mesa principal e na auxiliar estavam disponíveis os seguintes materiais:

- **Kit para isolamento absoluto:** arco de Ostby, porta grampo, perfurador de lençol, lençol de borracha e grampo 212;
- **Instrumentais endodônticos:** fio dental, limas H e K, espelhos clínicos, régua milimetrada e calibradora, broqueiro com brocas de endodontia (1012 HL, 1014 HL, 1016 HL, ENDO Z, CA1, CA2, 3081) e brocas Gates Glidden (1, 2 e 3);
- **Materiais de irrigação e irrigantes:** copo americano com hipoclorito de sódio a 2,5%, seringa com agulha para irrigação e pontas Capillary Tips;
- **Outros materiais auxiliares:** copo de vidro com esponja, placa de vidro, placa de Petri, 2 potes Dappen, bolinhas de algodão estéril, cones de papel absorvente, cones de guta-percha para obturação;
- **Kit acadêmico:** canetas de alta e baixa rotação.

Com todo o material organizado, chamei a paciente, que, ao se acomodar na cadeira odontológica, relatou: *“Eu tenho trauma de dentista, nenhuma experiência minha foi agradável. Eu sei que vou tomar anestesia hoje e estou muito nervosa, sempre dói tanto, e eu sinto muita vontade de chorar.”* Diante disso, eu e minha dupla, Thamiris Ribeiro, iniciamos

uma conversa para acolher a paciente. Expliquei detalhadamente cada etapa do tratamento, garantindo que ela se sentisse mais segura e confortável. Após tranquilizá-la, colocamos os óculos de proteção e o babador odontológico, e demos início ao procedimento.

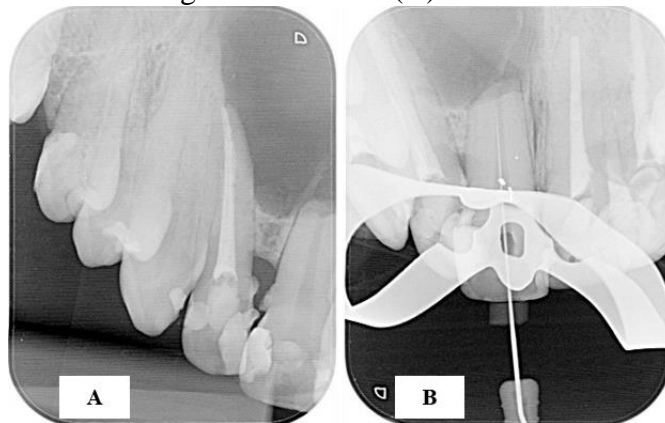
Durante o início do atendimento, Thamiris retirou suas luvas para segurar a mão da paciente, proporcionando maior sensação de segurança e acolhimento. Em seguida, realizamos anestesia regional infraorbitária complementada por palatina, via intraoral, utilizando Articaína 4%, devido à sua alta difusão tecidual e início de ação mais rápido que a Lidocaína. Com a analgesia efetiva, procedemos ao isolamento absoluto, utilizando grampo 212, lençol de borracha e top dam, seguido de fotoativação.

Para garantir o sucesso do tratamento endodôntico, iniciamos a abertura coronária seguindo recomendações de Cohen et al. (2000). A abertura foi realizada com broca 1012 HL, de forma centralizada e logo abaixo do cíngulo, até atingir a câmara pulpar. Em seguida, a broca 3081 foi utilizada para moldar a forma de contorno, obtendo uma configuração triangular com base voltada para a borda incisal.

Com a radiografia em mãos (Figura 26A), iniciamos a instrumentação desinfetante, utilizando lima 10K, progressivamente de 2 em 2 mm, associada à irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% e sucção, até atingir o comprimento real do instrumento (CRI) de 17 mm.

Realizou-se a Odontometria utilizando lima 10K, seguida de radiografia (Figura 26B) para determinação do comprimento real do dente (CRD), que foi de 19 mm, e do comprimento de trabalho (CRT), estabelecido em 18 mm.

Figura 26 – Radiografia de estudo (A) e de Odontometria (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Logo após a Odontometria, iniciou-se o preparo biomecânico, etapa fundamental do tratamento endodôntico, pois está relacionada à desinfecção do canal radicular. Esse preparo pode ser dividido em quatro fases:

1ª Fase – Preparo apical:

Utilizou-se lima 15K até o CRD da paciente (19 mm) e, em seguida, as limas 20K e 25K no CRT (18 mm), associadas à irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5%.

2ª Fase – Preparo do terço cervical e médio:

Nesta fase, empregaram-se as brocas Gates Glidden:

- Gates Glidden 1: até 14 mm, associada à lima 20K no CRT + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5%;
- Gates Glidden 2: até 12 mm, associada à lima 20K no CRT + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5%;
- Gates Glidden 3: até 10 mm, associada à lima 20K no CRT + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5%.

3ª Fase – Término do preparo apical / lima memória:

Foram utilizadas as limas 25K, 30K, 35K e 40K no CRT, identificando a lima 40K como a Lima Memória (LMO) após travamento. Em seguida, realizou-se a radiografia de lima memória (Figura 27) para confirmação do preparo.

Figura 27 – Radiografia de lima memória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

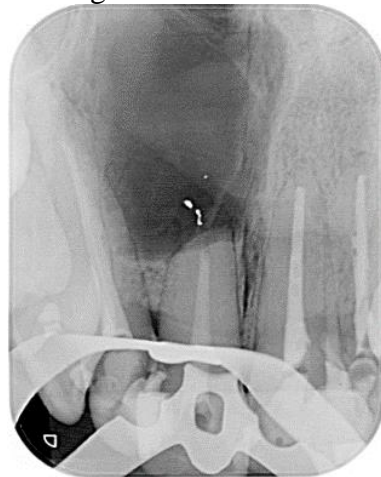
4ª Fase – Escalonamento programado:

No escalonamento, utilizaram-se cinco limas acima do diâmetro da lima memória, diminuindo 1 mm do CRT, associadas à irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5%, mantendo a lima memória 40K no CRT. A sequência foi a seguinte:

- Lima 45K: até 17 mm + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% + lima memória 40K até 18 mm;
- Lima 50K: até 16 mm + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% + lima memória 40K até 18 mm;
- Lima 55K: até 15 mm + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% + lima memória 40K até 18 mm;
- Lima 60K: até 14 mm + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% + lima memória 40K até 18 mm;
- Lima 65K: até 13 mm + irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% + lima memória 40K até 18 mm.

Após o escalonamento, procedeu-se à agitação da lima memória com Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético (EDTA) no comprimento de trabalho (CRT = 18 mm) durante 3 minutos, seguida de irrigação com Hipoclorito de sódio a 2,5% e secagem do canal radicular utilizando Capillary Tips e cone de papel absorvente correspondente ao diâmetro da lima memória (40K). Como o tempo clínico daquele dia estava se esgotando, finalizamos a sessão com a medicação intracanal de Hidróxido de Cálcio a 35% (UltraCal), realizando o selamento triplo (bolinha de algodão + cotosol + ionômero de vidro modificado por resina) e, em seguida, a radiografia de controle do medicamento (Figura 28).

Figura 28 – Radiografia de controle do medicamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após 14 dias, em 5 de outubro de 2023, a paciente retornou à clínica. Foi realizada novamente a anestesia infraorbitária complementada por palatina, sendo que, desta vez, a paciente apresentou maior tranquilidade em relação aos procedimentos. Iniciou-se o atendimento com isolamento absoluto e remoção do selamento triplo utilizando a broca 1012.

A medicação intracanal foi removida com irrigação de Hipoclorito de sódio a 2,5%, agitada com lima Hedstroem 40H (diâmetro correspondente à lima memória), e o canal foi seco com Capillary Tips e cone de papel absorvente.

Durante o procedimento, solicitei que minha dupla controlasse o tempo para imersão dos cones principais e acessórios: 5 minutos em Hipoclorito de sódio a 2,5% e, em seguida, 3 minutos em soro fisiológico, sendo posteriormente secos com gaze. O cone principal foi selecionado com base no CRT (40 mm) e a posição correta foi confirmada por radiografia de Conometria (Figura 29).

Figura 29 – Radiografia de Conometria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com o posicionamento correto do cone principal, confirmado por radiografia, procedi à manipulação do cimento obturador Sealaplex, que se destaca entre os mais utilizados nos últimos anos. A principal propriedade desse cimento é sua capacidade de promover um selamento apical “biológico” do ápice radicular quando em contato com o coto periodontal, conforme descrito por Bonifácio (2013). A manipulação foi realizada sobre placa de vidro, utilizando espátula 24.

O cone principal foi envolvido com o cimento e posicionado no canal, seguido dos cones acessórios, inseridos com o auxílio do espaçador digital B, vermelho. Após a colocação de todos os cones, foi realizada a radiografia de condensação lateral (Figura 30) para confirmar o correto preenchimento do sistema de canais radiculares.

Figura 30 – Radiografia de condensação lateral.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com o canal totalmente preenchido, procedi à remoção do excesso de cones de gutapercha da câmara, mantendo um espaço de aproximadamente 1 mm abaixo do colo clínico, utilizando o condensador de Lucas aquecido na lamparina. A limpeza da câmara foi realizada com bolinha de algodão embebida em Eucaliptol.

Em seguida, finalizei o tratamento endodôntico da paciente com o selamento triplo (bolinha de algodão + cotosol + ionômero de vidro modificado por resina) e realizei a radiografia final (Figura 31) para confirmação. A cirurgia para remoção do cisto foi agendada para o dia 7 de novembro de 2023.

Figura 31 – Radiografia final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

No dia 7 de novembro de 2023, foi realizada a cirurgia da paciente (Figura 32), conduzida pela Profa. Dra. Natália Galvão.

Figura 32 – Registro do momento anterior à cirurgia.

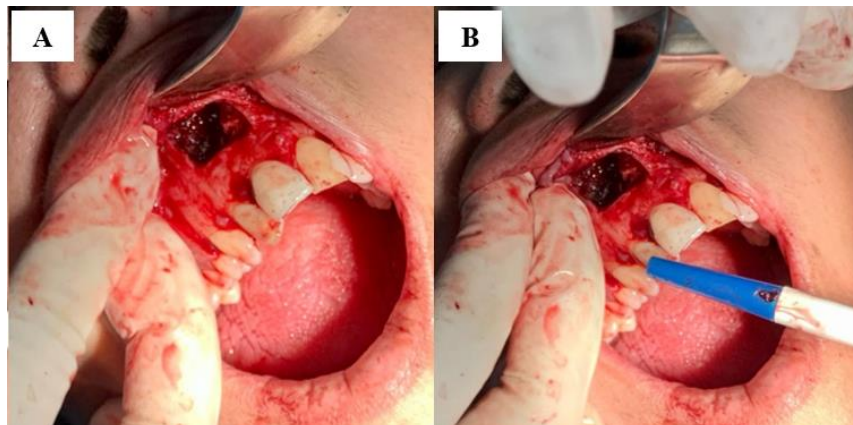


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Inicialmente, foi realizada a anestesia do tipo bloqueio do nervo alveolar supero-anterior na região da lesão, seguida de anestesia infiltrativa, complementando por palatina. O anestésico utilizado foi Articaína 4%.

Após a paciente estar adequadamente anestesiada, realizou-se uma incisão intrasulcular que se estendeu do incisivo central ao canino (elementos 11, 12 e 13), seguida de duas incisões relaxantes nas bordas. Em seguida, o retalho foi rebatido para permitir o acesso à tábua vestibular da maxila. A abertura do local (Figura 33A) foi realizada com broca diamantada esférica, em formato retangular, permitindo o acesso à cavidade cística (Figura 33B). Com o auxílio de curetas, pinças hemostáticas, bisturi e descolador de Molt, a cápsula cística foi cuidadosamente descolada do tecido ósseo (Figura 34) e coletada para biopsia.

Figura 33 – Abertura (A) e acesso à lesão na cavidade cística (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 34 – Deslocamento da cápsula cística.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).


Ao final do procedimento, após verificar que a cavidade estava completamente vazia (Figura 35), foi realizada a curetagem do local, permitindo que o espaço fosse preenchido naturalmente com coágulo sanguíneo. Em seguida, o retalho foi reposicionado em sua posição original, e a sutura foi realizada com fio de Nylon 4.0, abrangendo as incisões relaxantes e a região das papilas interdentais. No dia 18 de dezembro de 2023, o resultado da biopsia foi liberado (Figura 36).

Figura 35 – Cavidade cística vazia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 36 – Resultado da biopsia.



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


RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO

Nº 26/23
Paciente: ██████████
Sexo: F
Solicitante: Profa. Dra. Natália Galvão Garcia

MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam tecido conjuntivo com aspecto capsular com presença de focos de intenso infiltrado inflamatório mononuclear, diversos vasos sanguíneos, células pseudoxantomatosas, corpúsculos hialinos de Russell, fragmentos de tecido ósseo e material basofílico irregular. Parcialmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso hiperplásico.

DIAGNÓSTICO: C/C CISTO PERIODONTAL APICAL.

Lavras, 18 de Dezembro de 2023



Prof. Dra. Natália Galvão Garcia
 Patologista Bucal

Rua Padre José Poggel, 506 - Centenario, Lavras - MG, 37200-000

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

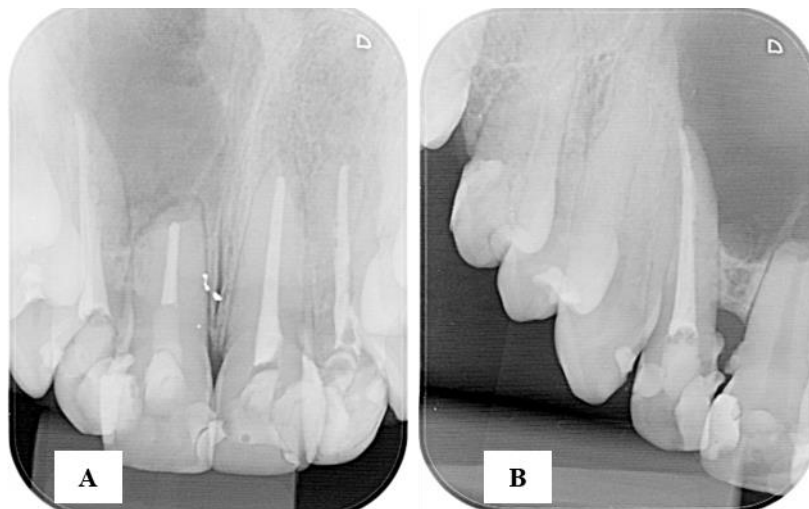
O cisto periodontal apical, um dos tipos de cisto radicular, é definido como uma cavidade patológica revestida internamente por epitélio e externamente por tecido conjuntivo fibroso, contendo em seu interior material semifluido ou fluido, estando associada ao ápice de um dente desvitalizado. É classificado como cisto odontogênico inflamatório, devido ao seu revestimento derivado da proliferação dos restos epiteliais de Malassez, induzido por um estímulo inflamatório proveniente da infecção dos canais radiculares em função de uma necrose pulpar (Lin; Ricucci; Kahler, 2017).

Como o caso foi conduzido no final do ano de 2023, as clínicas já estavam encerrando suas atividades. Assim, comunicamos à paciente que, no início de 2024, assim que as clínicas retornassem, faríamos a avaliação do caso.

No dia 9 de março de 2024, a paciente retornou à clínica para avaliação. Ela demonstrava grande satisfação e felicidade, pois havia superado seus traumas, resultado da

condução cuidadosa do tratamento. Foi realizada uma radiografia de controle (Figura 37A) para analisar a evolução do caso, comparado ao início do tratamento (Figura 37B). A Profa. Dra. Natália Galvão foi chamada para avaliação conjunta, e a radiografia evidenciou uma regeneração óssea significativa, confirmando o sucesso do tratamento. Foi solicitado também uma tomografia, mas a paciente não pôde realizá-la na época por questões financeiras.

Figura 37 – Radiografias de controle (A) e do início do tratamento (B).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Pode-se observar na Figura 35 que o elemento 11, previamente submetido a tratamento de canal, foi aberto e recebeu preparo para pino; entretanto, esse procedimento não foi realizado pela equipe do UNILAVRAS. Dessa forma, finalizamos o tratamento da paciente. O tratamento instituído no presente caso mostrou-se satisfatório, uma vez que a radiografia de controle evidenciou reparo ósseo significativo, confirmando a eficácia do manejo clínico adotado.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Ítalo Rafael Corrêa

Meu nome é Ítalo Rafael Corrêa, tenho 30 anos e sou natural de Santo Antônio do Amparo, uma cidade do interior de Minas Gerais. Sou filho de Marcos Antônio Corrêa e Walquíria Rafael Corrêa, e irmão de Otto Rafael Corrêa. Sempre tive o privilégio de contar com o apoio incondicional da minha família, que esteve ao meu lado em todas as decisões e caminhos que escolhi trilhar.

A Odontologia, no entanto, não foi minha primeira escolha. Minha trajetória até aqui é marcada por um processo de autoconhecimento e redirecionamento. Desde jovem, sempre estive envolvido em atividades ligadas ao setor de vendas. Em 2017, ingressei no curso de

Administração, na cidade de Varginha – MG. Porém, após dois anos de estudo, percebi que essa área não correspondia aos meus interesses e decidi trancar a graduação.

Nesse período de reflexão, recebi um conselho que mudaria minha vida. Meu tio, cirurgião-dentista, sugeriu: “*Por que você não faz vestibular para Odontologia?*”. Essa simples pergunta despertou em mim a possibilidade de seguir um novo caminho. A partir de então, o sonho de me tornar dentista começou a tomar forma.

Em 2020, iniciei o curso de Odontologia. No entanto, com o início da pandemia da COVID-19, após apenas dois meses de aulas presenciais, fomos direcionados ao ensino remoto. Apesar das dificuldades impostas por esse período, minha paixão pela profissão foi crescendo a cada semestre, fortalecendo minha escolha.

Hoje, já identifico uma área da Odontologia que desperta meu maior interesse: a Endodontia. Pretendo me especializar nesse segmento após a conclusão da graduação, dando continuidade à minha trajetória profissional com dedicação e entusiasmo.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

No primeiro semestre de 2025, uma paciente do sexo feminino, 25 anos, buscou atendimento na clínica relatando dor em um dente que havia persistido por um período e cessado espontaneamente. Durante a anamnese, informou ser saudável e não apresentar condições sistêmicas que pudessem interferir no tratamento ou na recuperação.

O dente 15 havia sido tratado endodonticamente há aproximadamente cinco anos. Após a obturação, foi realizado um selamento provisório utilizando algodão, Coltosol e ionômero de vidro. Sabe-se que restaurações provisórias após o tratamento endodôntico têm vida útil aproximada de 30 dias (Rathod et al., 2024). Ultrapassado esse período, não se pode garantir a eficácia do selamento do conduto (Bitencourt et al., 2010).

Como esperado, após anos, a restauração provisória passou a apresentar falhas, resultando em infiltração. Esta pode ser definida como a passagem de microrganismos, fluidos e micropartículas através da interface entre a restauração e as paredes internas do dente (Muliyar et al., 2014). Ao procurar atendimento, constatou-se que a origem da dor estava relacionada à ausência de uma restauração definitiva, que poderia ter sido realizada com resina composta, inlays ou onlays, dependendo da extensão da cavidade (Bhuva et al., 2021).

O sucesso do tratamento endodôntico depende de múltiplos fatores, que se iniciam no diagnóstico e planejamento, considerando as condições periodontais, e se estendem até a

finalização com a restauração definitiva (Alves; Dos Santos, 2022). Mesmo quando todos os critérios são seguidos corretamente, o insucesso pode ocorrer em decorrência da proliferação microbiana. Dentes tratados endodonticamente estão sujeitos a esforços mastigatórios e oclusais, à contaminação salivar e a fatores biológicos individuais, que podem comprometer a obturação (De Lima Silva; Galvão Dos Santos; Bezerra de Oliveira, 2024). Assim, dentes não restaurados adequadamente tornam-se suscetíveis à reinfecção. Por esse motivo, recomenda-se o acompanhamento periódico, preferencialmente semestral, para monitorar a evolução do tratamento (Travassos et al., 2025).

É amplamente reconhecido que o preparo biomecânico associado à medicação intracanal não elimina completamente a carga microbiana dos canais radiculares. A função dos materiais obturadores é interromper o suprimento nutricional necessário à sobrevivência dos microrganismos (Carvalho De Souza; Tanner; Salomão, 2021). Segundo os preceitos universais da Endodontia, descritos por Machado (2022), os microrganismos persistem principalmente em istmos, túbulos dentinários, canais acessórios e secundários, além de comunicações diversas. Após a obturação, esses microrganismos ficam isolados e tendem a se tornar inviáveis pela ausência de substrato; alguns podem entrar em estado de dormência, mas, diante de novos aportes nutricionais, podem se reativar e recolonizar o sistema de canais radiculares (Stueland; Ørstavik; Handal, 2023).

Quando há preservação estrutural adequada, a falha endodôntica pode ser tratada por meio do retratamento. Embora siga etapas semelhantes ao tratamento convencional, o retratamento apresenta desafios adicionais e um prognóstico menos favorável. Isso se deve ao fato de que tanto a coroa quanto a raiz já sofreram perda de volume dentinário e, durante a remoção do material obturador, ainda mais dentina é sacrificada para eliminar focos de infecção (Alves et al., 2022). Conseqüentemente, o dente torna-se mais fragilizado e suscetível a fraturas (Abdelfattah et al., 2024).

Neste trabalho, será descrito um caso de retratamento endodôntico realizado após aproximadamente cinco anos da primeira intervenção, conduzido segundo os preceitos e filosofias ensinados pelo UNILAVRAS.

2.4.1.1 Início do tratamento – radiografia de estudo e abertura coronária

A paciente foi encaminhada com indicação de retratamento do dente 15, apresentando histórico de dor prévia, embora estivesse assintomática no momento da consulta. Inicialmente,

foram realizados testes de vitalidade nos dentes adjacentes, a fim de confirmar a hipótese de que o dente comprometido era, de fato, o segundo pré-molar superior direito.

Em seguida, foi realizada uma radiografia periapical para complementar o diagnóstico. Esse exame é fundamental em Endodontia, pois permite a visualização da coroa até a região periápice, possibilitando a identificação de lesões e a determinação dos limites de trabalho. Contudo, como essas imagens geralmente são obtidas pela técnica da bisetriz ou de Clark, apresentam limitações, como distorções de posicionamento e sobreposição das faces interproximais (Machado, 2022).

Na radiografia (Figura 38), observa-se uma lesão radiolúcida associada ao ápice do dente 15, estendendo-se distalmente em direção ao primeiro molar. Apesar de o tratamento endodôntico prévio apresentar, radiograficamente, bom aspecto, com obturação adequada em guta-percha, sem falhas de preenchimento ou desvios na instrumentação, a ausência de restauração definitiva da coroa foi identificada como a principal causa do insucesso.

Figura 38 – Radiografia de estudo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

A partir da radiografia periapical foram determinados o Comprimento Aparente do Dente (CAD) e o Comprimento Real do Instrumento (CRI). O CAD, estimado com base na imagem radiográfica, foi de 23 mm. Essa mensuração é fundamental, pois permite calibrar previamente um instrumento, posicionado a 2 mm aquém do ápice aparente, possibilitando uma avaliação mais precisa do comprimento real do dente e dos limites de trabalho. Assim, o CRI utilizado foi de 21 mm.

Para o início do procedimento, foi realizada anestesia infiltrativa com Lidocaína 3% na região apical do dente, complementada por anestesia palatina (Malamed, 2021).

Uma vez obtida a anestesia adequada, procedeu-se à abertura coronária. O acesso foi realizado no centro da coroa, em formato elíptico-ovalado no sentido vestibulo-palatino, utilizando broca 1012 HL, por favorecer a penetração e a visualização da câmara pulpar (Prado & Rocha, 2017). A conveniência do acesso foi garantida por meio de paredes internas divergentes em direção à face oclusal, obtidas com broca Endo-Z.

Após a abertura coronária, o dente foi devidamente isolado com lençol de borracha, complementado por dicagem com TopDam (Figura 39), assegurando um campo operatório livre de contaminações.

Figura 39 – Isolamento absoluto em Endodontia.



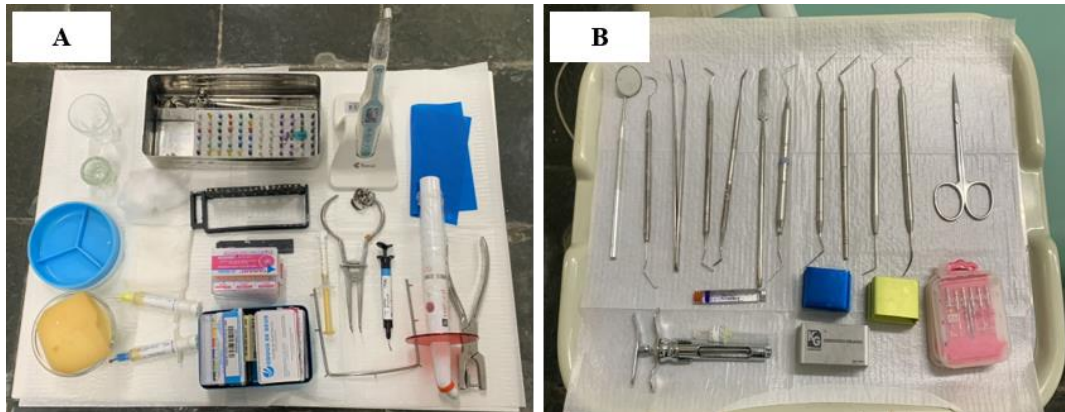
Fonte: [Isolamento+absoluto.jpg](#) (259×194).

2.4.1.2 Remoção do material obturador

Com a mesa clínica devidamente organizada (Figura 40), procedeu-se à remoção do material obturador. Inicialmente, foram utilizadas brocas Gates Glidden nº 2 e 3 para desobturação até o terço médio da raiz. O terço apical foi trabalhado com limas manuais tipo K nº 10, permitindo a progressiva desobstrução do canal.

Para facilitar a remoção da guta-percha, foi aplicado solvente Eucaliptol no interior do conduto, deixando-o agir por alguns instantes para amolecer o material. Em seguida, o canal foi submetido a múltiplas irrigações com Hipoclorito de sódio a 2,5%, solução que auxilia tanto na dissolução dos resíduos de guta-percha quanto na lubrificação e desinfecção do sistema de canais radiculares (Machado, 2022).

Figura 40 – Composição da mesa clínica. Materiais para limpeza, modelagem dos condutos, seringas para irrigação, material de isolamento absoluto e fotopolimerizador (A), e instrumentais para anestesia, abertura coronária, calcadores e kit clínico (B).



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

2.4.1.3 Retratamento mecanizado – Primeira sessão

O preparo biomecânico, realizado por meio de instrumentais manuais ou mecanizados, em associação com soluções irrigadoras e medicações intracanaís, constitui a etapa principal na redução da carga microbiana nos canais radiculares (Boutsioukis; Arias-Moliz, 2022).

Historicamente, os primeiros instrumentais endodônticos eram exclusivamente manuais, fabricados com ligas metálicas rígidas, o que frequentemente resultava em fraturas e desvios de trajetória (Dablanca-Blanco et al., 2022). Com o avanço técnico-científico, esses instrumentos passaram a ser confeccionados em ligas mais flexíveis e com maior poder de corte. Entretanto, a grande revolução na Endodontia ocorreu com o desenvolvimento dos sistemas mecanizados, que proporcionaram maior agilidade aos procedimentos e maior eficiência no preparo químico-mecânico.

Desde então, diversos sistemas foram desenvolvidos, compostos por limas específicas, micromotores digitais e contra-ângulos redutores. Apesar de muitos trabalhos utilizarem a nomenclatura “limas rotatórias”, segundo Lopes e Siqueira Jr. (2020), a designação mais adequada seria ‘alargadores endodônticos’, uma vez que esses instrumentos não foram projetados para movimentos de limagem. Ainda assim, neste trabalho será mantida a terminologia conforme a rotulação comercial das limas EasyS2.

No presente caso clínico, foi empregada a técnica rotatória EasyS2 (Easy Bassi) para dentes com anatomia considerada normal (Kit vermelho) (Figura 41). O sistema é composto por três instrumentos: 15.10, 15.03 e 25.06, identificados por faixas coloridas no cabo, que

correspondem ao tip (diâmetro da ponta) e ao taper (conicidade). O protocolo clínico adotado seguiu a seguinte sequência:

1. Exploração inicial com lima manual K#10;
2. Preparo cervical com a lima rotatória 15.10 (branco/branco);
3. Utilização da lima 15.03 (amarelo/branco), destinada à confecção do *glide path* (preparo do leito do canal);
4. Modelagem com a lima 25.06 (verde/vermelho);
5. Finalização com nova passagem da lima K#10, para garantir a limpeza adequada do forame apical.

É importante destacar que, em todas as etapas de instrumentação e troca de instrumentos, foi realizada irrigação abundante com solução química auxiliar, a fim de promover a lubrificação, remoção de resíduos dentinários e desinfecção do canal.

Figura 41 – Limas rotatórias do sistema Easy S2 utilizadas para o retratamento do elemento 15. O sistema conta com 3 limas rotatórias em três grupos, que podem ser empregadas em dentes com canais atrésicos (amarelo), amplos (verde) e normais (vermelho).



Fonte: Instituto Carlos Ferrari Endodontia (2025).

O primeiro instrumento rotatório introduzido no canal foi a lima 15.10, utilizada para o pré-alargamento do terço cervical, sob configurações de 2 N/cm² de torque e 600 RPM. O instrumento foi inserido em sua totalidade, respeitando a recomendação de manter-se 5 mm aquém do ápice radicular. Considerando que a lima possui 16 mm de parte ativa, essa medida estava em conformidade com o cálculo previamente estabelecido (22 mm – 5 mm = 17 mm).

Concluído o preparo cervical e médio, procedeu-se à Odontometria, realizada com auxílio do revelador digital de radiografia para obtenção das medidas de referência (Figura 42). Com base nos valores de CAD e CRI previamente determinados, uma lima K#10 foi posicionada a 1 mm aquém do ápice, confirmando o comprimento real do dente e estabelecendo o comprimento de trabalho (CT).

Figura 42 – Radiografia da Odontometria.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

Após a Odontometria confirmar os parâmetros topográficos do dente, iniciou-se a exploração apical com um instrumento manual do tipo lima K#10, no CRD. Essa etapa tem como objetivo manter o ápice limpo, reduzir a contaminação e desobstruí-lo após a formatação dos terços cervical e médio com o instrumento 15.10 (Nouri; Amini; Jahromi, 2021).

Na sequência, foi realizada a patência apical utilizando o instrumento rotatório 15.03, responsável pela criação do glide path. Esse termo refere-se ao preparo de um leito que possibilita o percurso do conduto de forma mais segura, favorecendo a modelagem subsequente. Os parâmetros utilizados foram 1 N/cm² e 350 RPM (Easy Bassi, 2025).

A etapa final de limpeza e modelagem foi executada com o instrumento 25.06, operado a 1,5 N/cm² e 600 RPM. Nessa fase, a instrumentação atingiu o CRD, conferindo conicidade e modelagem adequada ao conduto, essenciais para a futura obturação. Durante o preparo biomecânico ocorre a liberação de resíduos dentinários, fragmentos orgânicos, proteínas coaguladas, remanescentes de tecido pulpar, microrganismos e células imunes — combinação conhecida como *smear layer* ou lama dentinária (Zacan et al., 2021).

Para otimizar a sanitização do conduto, empregou-se o instrumental Easy Clean (Figura 43), dispositivo plástico semelhante a uma lima endodôntica, acionado por contra-ângulo. A

vibração de suas espiras em contato com as paredes do conduto potencializa a ação desinfetante da solução irrigadora, promovendo maior remoção de detritos aderidos (Gomes et al., 2023).

Figura 43 – Easy clean utilizado para potencializar a ação das soluções irrigadoras.



Fonte: Catálogo da Easy Bassi. (2025).

O protocolo de utilização do Easy Clean seguiu as recomendações de inundar o conduto com Hipoclorito de sódio a 2,5%, seguido da ativação do instrumento a 2 mm aquém do ápice por 20 segundos. Em seguida, o conteúdo foi aspirado, o canal preenchido com EDTA, novamente ativado por 20 segundos, e então aspirado. Por fim, o conduto foi inundado com Hipoclorito de sódio e submetido a uma última ativação de 20 segundos. Posteriormente, o canal foi aspirado e seco com Capillary tips e cones de papel absorvente, ficando pronto para receber a medicação intracanal.

Concluída a etapa de limpeza e modelagem, e com o conduto seco e livre de detritos, procedeu-se à medicação com pasta de Hidróxido de cálcio (UltraCal XS) (Figura 44). Em seguida, foi realizada uma nova tomada radiográfica (Figura 45). Após um período de 14 dias, a paciente retornou para dar continuidade ao tratamento.

Figura 44 – Pasta de hidróxido de cálcio.



Fonte: Catálogo da Ultradent. (2025).

Figura 45 – Radiografia do Hidróxido de cálcio.

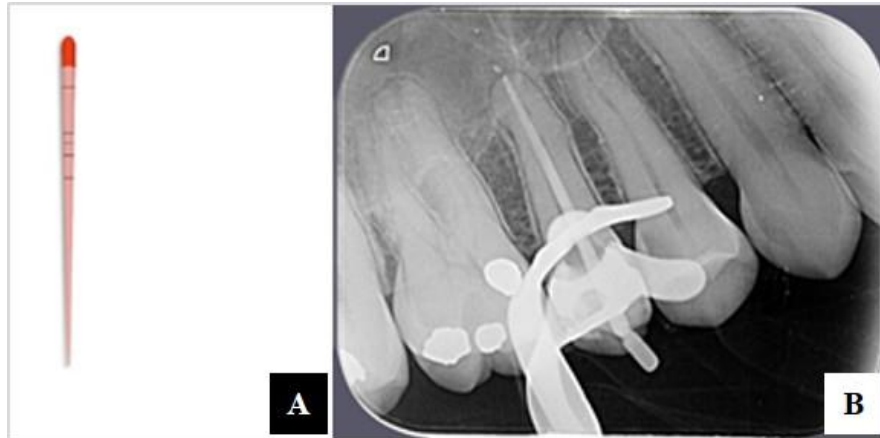


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

2.4.1.4 Obturação do conduto – segunda sessão

Após 14 dias da última sessão, a paciente retornou à clínica de Odontologia do UNILAVRAS para dar início à fase final do tratamento: a obturação do conduto radicular. Para a remoção da pasta de Hidróxido de cálcio, foi utilizada solução de Hipoclorito de sódio a 2,5%, com sucessivas irrigações até que o canal se apresentasse completamente livre da medicação. Paralelamente, o cone principal 25.06, previamente calibrado no comprimento de trabalho, foi imerso em solução de Hipoclorito de sódio por 3 minutos para desinfecção, em seguida seco e posicionado no conduto para a prova do cone (Figura 46).

Figura 46 – Cone principal 25.06 (A) e radiografia da prova do cone (B).



Fonte: (A) Easy Bassy (2025) e (B) arquivo pessoal do autor (2025).

Como demonstrado na radiografia (Figura 43), o cone se adaptou adequadamente às paredes do conduto, promovendo o preenchimento quase completo da luz radicular. Na obturação dos canais radiculares, recomenda-se a utilização de um material sólido, como os cones de gutta-percha, em associação a um cimento obturador com função biológica (Machado, 2022). Historicamente, diferentes materiais já foram empregados nesse processo, como pontas de madeira (laranjeira e bambu), folhas de ouro, cones de prata e diversos cimentos. Contudo, a gutta-percha consolidou-se como o material de eleição, por apresentar características desejáveis, incluindo biocompatibilidade, facilidade de manipulação e plasticidade, o que possibilita a adaptação a diferentes anatomias radiculares (Gasner & Brizuela, 2023).

Para a cimentação do cone principal, optou-se pelo uso do cimento biocerâmico Bio-C (Angelus), considerado um importante avanço entre os materiais obturadores. O Bio-C apresenta propriedades semelhantes ao metal trióxido agregado (MTA), mas com diferenças relevantes, como a substituição do óxido de bismuto por tungstato de cálcio como radiopacificador e a presença de partículas de menor tamanho (12 μm), o que favorece sua hidratação e inserção no conduto. Além disso, sua natureza altamente alcalina contribui para a regeneração dos tecidos periapicais, induz a formação de hidroxiapatita e utiliza a própria umidade dos tecidos radiculares para sua presa (Viana et al., 2021).

Dessa forma, após a inserção do cone principal 25.06, complementado por dois cones auxiliares M (Figura 47), o excesso de gutta-percha foi removido com o auxílio de um calcador de Lucas aquecido até a entrada dos condutos. Ressalta-se que a não remoção adequada dos cones de gutta-percha e a falha na limpeza da câmara pulpar podem comprometer o resultado estético, em razão do manchamento causado por remanescentes do material (Machado, 2022).

Figura 47 – Radiografia da condensação dos cones de gutta-percha.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

Após a condensação dos cones e o corte do excesso de gutta-percha, o retratamento do conduto do elemento 15 foi finalizado, sendo completado com o selamento triplo (bolinha de algodão, coltosol e ionômero de vidro) conforme preconizado por Lopes e Siqueira Jr. (2020). O resultado final do procedimento pode ser observado na radiografia apresentada na Figura 48.

Figura 48 – Radiografia final.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

Após a finalização da obturação do conduto radicular, a paciente foi orientada sobre os cuidados necessários para prevenir novas reinfecções. Foi recomendado que procurasse a clínica integrada para a colocação de pino e coroa definitiva, bem como que realizasse proservações semestrais por um período de quatro anos, com o objetivo de monitorar o sucesso do tratamento endodôntico. Essas consultas periódicas permitem acompanhar a regressão de

lesões periapicais, avaliar tratamentos reparadores e verificar a manutenção do selamento hermético do dente ao longo do tempo. Após o período de acompanhamento recomendado, os riscos de novas intercorrências são significativamente reduzidos, considerando-se o silêncio clínico e radiográfico do dente tratado (Lopes & Siqueira Jr., 2022).

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lorena Antunes Rosa

Meu nome é Lorena Antunes Rosa, tenho 25 anos e sou natural de Barbacena – MG. Minha trajetória com a Odontologia foi marcada por altos e baixos, por momentos de dúvida, mas também por descobertas e uma grande realização pessoal.

Desde jovem, sonhava em seguir carreira militar, pois cresci em uma família com forte tradição nessa área: meu avô, meus tios, meu pai e minha irmã são militares. Fui criada acreditando que esse seria o meu destino. Após concluir o ensino médio, prestei diversos concursos para a Aeronáutica e a Marinha. Durante esse período de preparação, no entanto, fui diagnosticada com escoliose, uma condição caracterizada pela curvatura anormal da coluna vertebral. Embora não fosse grave a ponto de afetar minha rotina, a condição é considerada fator eliminatório em concursos militares. Esse diagnóstico me fez perceber que o caminho militar, que eu tanto almejava, não seria viável.

Diante dessa realidade, precisei repensar minha vida profissional e buscar novas possibilidades. Nesse período de reflexão, o dentista que me acompanhava desde a infância me incentivou a conhecer melhor a Odontologia. Foi então que nasceu em mim o desejo de seguir essa carreira e construir uma nova trajetória. Em 2021, prestei vestibular para o UNILAVRAS e também utilizei minha nota do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), sendo aprovada para ingressar no curso de Odontologia. A reputação da instituição, reconhecida pela excelência no ensino e pela formação de profissionais de destaque, me motivou a mudar para Lavras. O início foi desafiador: conviver com pessoas diferentes, assumir novas responsabilidades e adaptar-me a uma nova rotina exigiu muito de mim. Em alguns momentos, pensei em desistir, mas sabia, no fundo, que tinha feito a escolha certa e que todas as dificuldades fariam parte do meu crescimento.

Esses anos de graduação foram fundamentais para meu aprendizado e amadurecimento. Cada amizade construída, cada paciente atendido, e cada atividade, tanto curricular quanto extracurricular, representou uma oportunidade de evolução pessoal e profissional. As experiências dentro e fora da sala de aula trouxeram lições valiosas que levarei por toda a vida.

Como futura cirurgiã-dentista, meu maior desejo é contribuir para o bem-estar das pessoas, oferecendo não apenas cuidados com a saúde bucal, mas também confiança, atenção, carinho e amor pela profissão. Acredito que, dessa forma, posso realmente fazer a diferença na vida de muitos.

2.5.1 Desenvolvimento da atividade

Neste trabalho, será relatado o caso clínico de uma paciente de 27 anos, atendida na Clínica Integrada do UNILAVRAS em 25 de outubro, durante o nono período da graduação. A paciente procurou atendimento devido ao escurecimento de um dente anterior, o elemento 11, que se destacava em relação aos demais. Durante a anamnese, relatou que, ainda na infância, havia realizado uma restauração nesse dente em função de uma cárie. Após o procedimento, apresentou episódios de dor intensa na região, que cessaram espontaneamente com o tempo. No entanto, observou que o dente foi adquirindo uma coloração mais escura ao longo dos anos, gerando desconforto estético e impactando sua autoestima (Figura 49).

Figura 49 – Vista intra-bucal frontal.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A paciente relatou não possuir doenças sistêmicas e fazer uso contínuo apenas de medicação anticoncepcional, favorecendo um quadro clínico sem complicações adicionais. Contudo, foi possível notar certo desconforto ao sorrir, devido à alteração de cor do dente, fator que impactava sua autoestima e confiança.

Na primeira consulta, realizou-se uma anamnese detalhada, seguida de exame clínico minucioso, contemplando a coleta de dados endodônticos essenciais para o diagnóstico, planejamento, execução e acompanhamento do tratamento. Essa etapa foi complementada pela

solicitação de radiografias periapicais. As radiografias periapicais constituem exames fundamentais no diagnóstico odontológico, pois permitem identificar lesões periapicais, compreender a anatomia dos dentes e sua relação com estruturas adjacentes, além de avaliar a qualidade do tecido ósseo, verificando sua integridade ou a presença de áreas de rarefação (Braga et al., 2022).

Na avaliação clínica, não se observou dor à palpação ou à percussão, e o dente apresentava estabilidade periodontal, sem mobilidade. A coroa encontrava-se escurecida, enquanto a mucosa ao redor estava preservada, sem sinais de edema, fístula ou inflamação.

Para a avaliação da vitalidade pulpar, foi realizado o teste térmico com haste de algodão embebida em Endo Ice, aplicada na região cervical. Não houve resposta ao estímulo frio, sugerindo necrose pulpar (Figura 50). Os testes de percussão horizontal e vertical, bem como a palpação, não evidenciaram sensibilidade ou indícios inflamatórios (Figura 51).

O diagnóstico em odontologia baseia-se na identificação de alterações a partir da análise de sinais, sintomas e exames complementares, constituindo-se em etapa fundamental para o planejamento terapêutico, visto que, sem ele, não é possível estruturar adequadamente o tratamento (Machado, 2022).

Figura 50 – Endo Ice.



Fonte: Dental City (2025).

Figura 51 – Dados Endodônticos. Exame radiográfico (A) e exame clínico (B).

A EXAME RADIOGRÁFICO

Câmara Pulpar:
 NORMAL MODIFICADA:
 CALCIFICADA
 PRESENÇA DE NÓDULO PULPAR
 PERFURAÇÃO
 JÁ MANIPULADA

Canais Radiculares:

<input checked="" type="checkbox"/> Número (Provável)	<input type="checkbox"/> Rizogênese incompleta	<input type="checkbox"/> Fratura radicular
<input type="checkbox"/> Amplos	<input type="checkbox"/> Obstrução p/ calcificação	<input type="checkbox"/> Anomalias Anatómicas
<input type="checkbox"/> Atreliados	<input type="checkbox"/> Obstrução p/ obturação	<input type="checkbox"/> Reabsorção interna
<input checked="" type="checkbox"/> Acessíveis	<input type="checkbox"/> Obstrução p/ núcleo	<input checked="" type="checkbox"/> Reabsorção externa
<input type="checkbox"/> Inacessíveis	<input type="checkbox"/> Obstrução p/ instrumento	<input type="checkbox"/> Reabsorção apical
<input type="checkbox"/> Já Manipulado	<input type="checkbox"/> Obstrução p/ degrau	<input type="checkbox"/> Reabsorção alveolar
<input type="checkbox"/> Com Perfuração:	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Zip Apical
	<input type="checkbox"/> Médio	
	<input type="checkbox"/> Apical	

PERICEMENTO: NORMAL ESPESADO LESÃO PERIAPICAL OSTÍTE CONDENSANTE
 HIPERCEMENTOSE

PERIÁPICE:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO (PROVÁVEL): Periapicite em um dente
31

TRATAMENTO INDICADO: Retratamento IT

PROGNÓSTICO: Bom

DENTE: 31

Odontometria

CANAL	CR1	CR2	CRT	INST. INICIAL	INST. FINAL	PONTO DE REF
1	24 mm	24 mm	23 mm			

Substâncias Químicas: Hidróxido de Cálcio com eugenol
 Medicação Intra-canal: Hidróxido de Cálcio
 Medicação Sistêmica:

Pós-Operatório: BOM SATISFATÓRIO MAU

Material Obturador: Hidróxido de Cálcio com eugenol
 Preparo Radicular p/ Núcleo:
 Selamento: Resina composta
 Preservação: 6 meses

B Exame Clínico

Aluno: Adriana Gomes Rosa

Semiologia Subjetiva

01 DOR: AUSENTE PRESENTE

02 CONDIÇÃO DE APARECIMENTO: ESPONTÂNEA PROVOCADA

03 SEDE: LOCALIZADA REFLEXA
 DIFUSA

04 FREQUÊNCIA: INTERMITENTE CONTÍNUA

05 DURAÇÃO: CURTA PROLONGADA

06 ALÍVIO: CALOR FRIO

07 INTENSIFICAÇÃO: RIO CALOR
 MASTIGAÇÃO DECUBITOS
 PRESSÃO

08 EMPREGO DE ANALGÉSICOS: COM ÊXITO SEM ÊXITO

Semiologia Objetiva

01 PERDA TECIDUAL DENTINÁRIA: NÃO SIM
 SUPERFICIAL
 PROFUNDA

02 EXPOSIÇÃO PULPAR: NÃO SIM

03 MOBILIDADE DENTAL: NÃO SIM

04 COLORAÇÃO DA COROA: NORMAL MODIFICADA

05 MUCOSA: NORMAL ALTERADA
 FÍSTULA EDEMACIADA

06 BOLSA PERIODONTAL: SUPERFICIAL PROFUNDA

Teste de Vitalidade Pulpar

FRIO	CALOR	PERCURSSÃO	PALPAÇÃO	CAVIDADE
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Positivo
<input type="checkbox"/> Exacerbada	<input type="checkbox"/> Exacerbada	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo
<input type="checkbox"/> Aliviada	<input type="checkbox"/> Aliviada			
<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente			

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Foi realizada uma radiografia periapical de estudo, que confirmou a presença de uma lesão periapical e evidenciou a restauração em resina composta já existente. A imagem também permitiu determinar o comprimento aparente do dente, de 26 mm, e o comprimento real de instrumentação, de 24 mm, dados essenciais para o planejamento adequado do tratamento endodôntico (Figura 52).

Figura 52 – Radiografia periapical de estudo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Com base nas informações obtidas no exame clínico, nas radiografias, nos testes de vitalidade pulpar e na análise da região periapical, definiu-se o diagnóstico de necrose pulpar associada a lesão periapical, acompanhada de escurecimento da coroa dentária.

Segundo Leonardo et al. (2017), a polpa necrótica pode ser classificada em dois grupos:

- **Tipo 1:** ausência de lesão periapical visível ao exame radiográfico, sendo indicada a necropulpectomia I;

- **Tipo 2:** presença de lesão periapical detectada radiograficamente, na qual se recomenda a necropulpectomia II.

Essa classificação é fundamental, pois o diagnóstico influencia diretamente o plano de tratamento, especialmente na escolha do medicamento intracanal e no tempo de sua permanência no interior do sistema de canais radiculares. Para este caso, o plano terapêutico proposto foi a realização de Necropulpectomia II, associada ao clareamento endógeno e à restauração com resina composta classe I, no elemento 11.

A necrose pulpar corresponde a um diagnóstico clínico que indica a morte da polpa dentária, geralmente caracterizada pela ausência de resposta aos testes de vitalidade. Nessa condição, não há circulação sanguínea na polpa e os nervos já não exercem função. Trata-se de uma classificação que procura relacionar o estado clínico da polpa com sua condição histológica, geralmente sucedendo um quadro de pulpíte irreversível. Quando a necrose está completa, o dente tende a permanecer assintomático até que o processo avance e atinja os tecidos perirradiculares (Berman; Hartwell, 2011).

Diversos fatores podem favorecer alterações de cor dentária, especialmente em dentes submetidos ao tratamento endodôntico (Plotino et al., 2008). Essas alterações variam em etiologia, aparência, localização, intensidade e forma de aderência à estrutura dental, sendo classificadas como extrínsecas ou intrínsecas (Arikan et al., 2009). Entre as causas intrínsecas destacam-se: necrose pulpar, hemorragia intrapulpar, presença de restos teciduais após a terapia endodôntica e uso de determinados materiais obturadores na região coronária (Santos Jr. et al., 2018).

O clareamento endógeno é considerado uma opção eficaz e conservadora para corrigir alterações de cor em dentes desvitalizados, oferecendo resultados previsíveis e esteticamente satisfatórios, com menor desgaste da estrutura dental em comparação a outras técnicas restauradoras. Sua eficácia depende da concentração do agente clareador: concentrações menores exigem maior tempo de contato para alcançar o efeito desejado (Gonçalves et al., 2017;

Uzunoglu et al., 2017; Sossai; Verdinelli; Bassegio, 2011; Erhardt; Shinohara; Pimenta, 2003; Loguercio et al., 2002).

As vantagens incluem a preservação da estrutura dentária, baixo custo e bons índices de sucesso, com significativa melhora estética (Oliveira et al., 2006; Ari; Ungor, 2002). A principal limitação, entretanto, é o risco de reabsorção cervical externa, que pode comprometer a longevidade do dente (Lopes et al., 2020). O procedimento também apresenta contraindicações, não sendo recomendado para fumantes, gestantes ou pacientes alérgicos a seus componentes. Além disso, requer que a coroa esteja ao menos parcialmente íntegra e que o canal radicular esteja totalmente obturado (Sossai; Verdinelli; Bassegio, 2011).

Assim, a escolha terapêutica deve considerar cuidadosamente os riscos e benefícios, especialmente porque o clareamento interno é mais frequentemente realizado em dentes anteriores, de grande impacto estético, funcional e psicológico.

Na literatura, duas técnicas principais de clareamento endógeno são descritas. A primeira, proposta por Valera et al. (1961), é conhecida como técnica mediata ou *walking bleach*, que utiliza Perborato de sódio associado à água destilada aplicado na câmara pulpar, com trocas periódicas até a obtenção do resultado desejado. Posteriormente, Nutting e Poe (1967 *apud* Dos Santos, 2021, p. 9) sugeriram uma modificação, acrescentando Peróxido de hidrogênio associado ao calor, a fim de acelerar o processo (Lucena et al., 2015).

O Peróxido de hidrogênio, contudo, apresenta maior toxicidade e risco de reabsorção radicular externa, sendo menos indicado do que o Perborato de sódio. Nesse contexto, a técnica mista, que combina aspectos da mediata e da imediata, busca reduzir o tempo de tratamento pela aplicação do agente clareador tanto na câmara pulpar quanto na face vestibular, com substituições semanais até atingir o resultado esperado.

Diversas substâncias clareadoras podem ser utilizadas, Perborato de sódio, Peróxido de hidrogênio e Peróxido de carbamida, de forma isolada ou combinada. Entre elas, o Peróxido de hidrogênio é considerado o mais eficiente, por sua capacidade de penetrar no esmalte e na dentina, promovendo a quebra dos pigmentos (Schwendler et al., 2013; Vieira, 2003; Kinomoto et al., 2001; Baratieri et al., 1993).

Na Clínica Integrada do UNILAVRAS, a técnica empregada consistiu na associação de Perborato de sódio com Peróxido de hidrogênio. Após a realização do tratamento endodôntico e a limpeza minuciosa da câmara pulpar, o agente clareador foi aplicado, com trocas periódicas a cada três a sete dias até alcançar o resultado desejado. Para prevenir a ocorrência de reabsorção radicular externa, foi confeccionado um tampão cervical adequado, utilizando materiais

específicos que impedem a migração do agente clareador para o tecido periodontal, garantindo a segurança e a eficácia do procedimento.

2.5.1.1 Descrição do procedimento

No dia 1º de novembro de 2024, uma semana após a consulta inicial, a paciente retornou à Clínica Integrada do UNILAVRAS para dar início ao tratamento endodôntico proposto. Antes do início do procedimento, todas as orientações foram reforçadas: a paciente foi devidamente informada, de forma clara e detalhada, sobre o diagnóstico, o plano de tratamento, as etapas que seriam realizadas, os materiais e métodos empregados, os benefícios esperados, bem como os possíveis riscos, limitações e alternativas terapêuticas. Eventuais dúvidas foram esclarecidas de maneira completa, garantindo compreensão e segurança.

A mesa clínica (Figura 53) foi organizada com todo o material necessário, incluindo: kit para isolamento absoluto (arco plástico, porta-grampo, perfurador de lençol, lençol de borracha e grampo 212), fio dental, estojo com limas H, E e K, régua milimetrada, régua calibradora, kit clínico com espelho, copo para hipoclorito de sódio a 2,5%, sugador endodôntico, potes Dappen, seringa com agulha para irrigação, pontas capillary tips, copo para esponja, placa de vidro, broqueiros com brocas de endodontia, brocas Gates Glidden nº 1, 2 e 3, bolinhas de algodão estéril, cones de papel absorvente e cones de guta-percha para obturação, coltosol, ionômero de vidro modificado por resina, pasta Calen, EDTA, tricresol formalina, eucaliptol, cimento obturador Sealapex, agentes clareadores (Perborato de sódio e Peróxido de hidrogênio), TopDam e fotopolimerizador.

Figura 53 – Mesa clínica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

O procedimento iniciou-se com a administração de anestesia local, utilizando a técnica supraperiosteia na região do sulco acima do dente 21, empregando Lidocaína a 2% com Epinefrina 1:100.000. Após a obtenção do efeito anestésico, procedeu-se à abertura coronária com broca diamantada 1012HL, realizando o ponto de entrada na face palatina, aproximadamente 2 mm abaixo do cingulo, até se identificar a “queda no vazio” característica da câmara pulpar. Em seguida, com auxílio da broca Endo-Z, promoveu-se a ampliação do acesso, obtendo-se um contorno ovalado-triangular, com paredes internas lisas e divergentes no sentido oclusal, facilitando a visualização e o acesso aos canais radiculares.

2.5.1.2 Penetração desinfetante e Odontometria

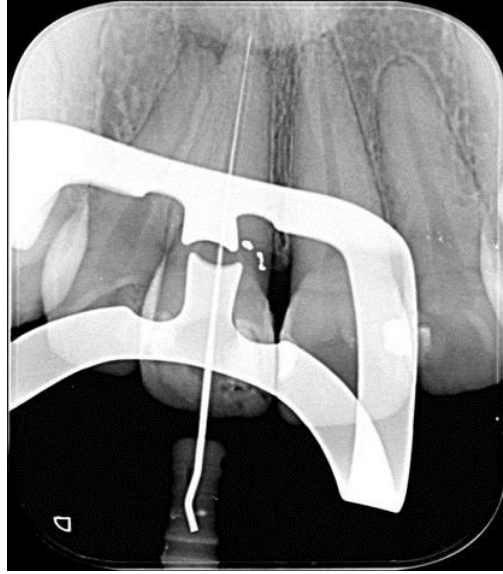
Após a abertura coronária, procedeu-se ao isolamento absoluto do dente utilizando a técnica de dicagem. Em seguida, devido ao diagnóstico de necrose pulpar, realizou-se a etapa fundamental do protocolo endodôntico denominada penetração desinfetante. O objetivo desta fase é promover a descontaminação profunda dos canais radiculares. Para isso, utilizou-se a lima K10 em associação com Hipoclorito de sódio a 2,5%, aplicando movimentos de penetração e irrigação contínua. A lima foi avançada em incrementos de 2 mm até atingir o comprimento real de instrumentação de 24 mm, garantindo uma descontaminação eficiente e abrangente (Figura 54).

O êxito do tratamento endodôntico depende da adequada eliminação da carga microbiana presente nos canais radiculares, já que os microrganismos e seus metabólitos são fatores determinantes nas doenças pulpares e periapicais (Siqueira Jr., 2003, p. 45).

Segundo Monteiro et al. (2008), a desinfecção dos canais radiculares é alcançada pela ação combinada dos instrumentos endodônticos e das substâncias químicas auxiliares. Os instrumentos removem a dentina contaminada, enquanto os agentes químicos complementam a limpeza e a desinfecção, potencializando os resultados clínicos.

A irrigação é indispensável na endodontia, pois diminui o atrito entre os instrumentos e a dentina, melhora a eficácia da instrumentação, dissolve tecidos, limpa os canais radiculares e combate microrganismos (Furtado; Melo; Lira, 2024, p. 1).

Figura 54 – Radiografia de Odontometria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Medidas Anatômicas do Elemento 11

- Comprimento Aparente do Dente (CAD): 26 mm
- Comprimento Real de Instrumentação (CRI): 24 mm
- Comprimento Real do Dente (CRD): 24 mm
- Comprimento Real de Trabalho (CRT): 23 mm

Utilizando a lima K10, realizou-se a medição do comprimento do canal, seguida pela radiografia de Odontometria. Com isso, verificou-se que o comprimento total da raiz do dente era de 24 mm, sendo o CRT definido em 23 mm. Essas medidas são fundamentais para o planejamento endodôntico, garantindo que a limpeza e a obturação do canal sejam realizadas com precisão e segurança.

Ainda na mesma consulta, iniciou-se o preparo biomecânico do canal, que tem como objetivo limpar e conferir forma adequada ao canal radicular para receber a obturação. O preparo seguiu as etapas descritas abaixo:

1ª Etapa – Preparo do batente e do terço apical

- Lima K15 até o comprimento total da raiz (24 mm);
- Lima K20 até o comprimento de trabalho (23 mm);
- Lima K25 também até 23 mm.

2ª Etapa – Preparo dos terços cervical e médio

Para ampliação do terço cervical e médio, utilizou-se a sequência de brocas Gates.

Gates Glidden associadas à lima K20:

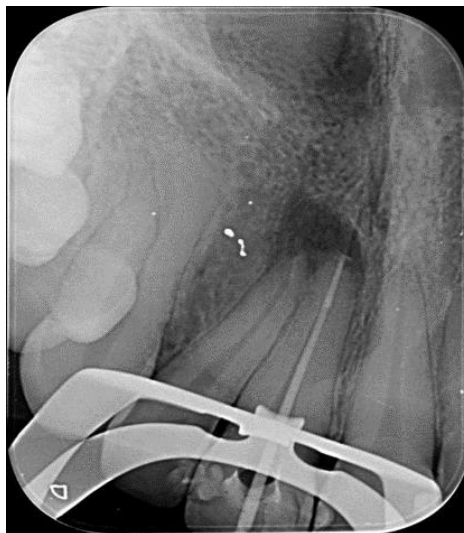
- Gates Glidden nº 1 até 19 mm;
- Gates Glidden nº 2 até 17 mm;
- Gates Glidden nº 3 até 15 mm.

A cada etapa, a lima K20 foi utilizada para complementar a instrumentação, garantindo a modelagem adequada do canal e remoção eficiente do conteúdo contaminado.

3ª Etapa – Lima memória

Para finalizar o preparo apical, empregaram-se as limas K25, K30, K35, K40, K45 e K50 até o CRT. A lima K50 foi definida como “lima memória”, servindo como referência do diâmetro final e da formatação do canal. Ao término desta etapa, foi realizada radiografia para confirmar a posição correta da lima memória (Figura 55).

Figura 55 – Lima memória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

4ª Etapa – Escalonamento programado

O escalonamento programado consiste na utilização de limas em ordem crescente de diâmetro, avançando gradualmente 1 mm a cada troca de instrumento. Essa técnica permite uma limpeza mais eficiente do canal radicular e uma modelagem uniforme, preservando a anatomia apical.

O escalonamento foi realizado conforme a seguinte sequência:

- Lima K50 até o CRT de 23 mm, intercalando com a lima memória no mesmo comprimento;
- Lima K50 até CRT-1 (22 mm), intercalando com LMO no CRT;
- Lima K55 até CRT-2 (21 mm), intercalando com LMO no CRT;
- Lima K60 até CRT-3 (20 mm), intercalando com LMO no CRT;
- Lima K65 até CRT-4 (19 mm), intercalando com LMO no CRT.

Após a conclusão do escalonamento e do preparo biomecânico, procedeu-se à agitação do EDTA com a lima memória no comprimento real de trabalho (= 23 mm) durante 3 minutos. Em seguida, o canal foi irrigado abundantemente com Hipoclorito de sódio a 2,5%.

A secagem do conduto radicular foi realizada com pontas Capillary Tips e cones de papel absorvente compatíveis com o diâmetro da lima memória (50 mm). Para finalizar a sessão, a medicação intracanal foi aplicada utilizando UltraCal (pasta de Hidróxido de cálcio a 35%), seguida do selamento triplo com bolinha de algodão, cotosol e ionômero de vidro modificado por resina.

A paciente foi orientada a aguardar 14 dias até a próxima consulta para dar continuidade ao tratamento (Figura 56).

Figura 56 – Medição intracanal.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

2.5.2 Remoção da medicação intracanal e prova do Cone

Decorridos 14 dias da sessão anterior, a paciente retornou à Clínica Integrada do UNILAVRAS relatando ausência de dor ou desconforto relacionado ao procedimento endodôntico inicial. Dessa forma, foi possível dar continuidade ao tratamento.

Seguindo os protocolos clínicos, procedeu-se com anestesia local e isolamento absoluto do elemento 11. Em seguida, realizou-se a remoção cuidadosa do selamento provisório e da medicação intracanal. Para a eliminação da pasta de Hidróxido de cálcio (Calen), utilizou-se irrigação abundante com Hipoclorito de sódio a 2,5%, associada à agitação manual com a lima memória (lima K50) até o comprimento de trabalho. Após essa etapa, o canal foi devidamente seco com pontas Capillary Tips e cones de papel absorvente, preparando-o para a obturação.

Os cones de guta-percha, tanto o principal quanto os acessórios, foram previamente desinfetados por imersão em Hipoclorito de sódio a 2,5% durante cinco minutos, enxaguados com solução fisiológica por três minutos e secos em gaze estéril. A prova do cone principal foi realizada utilizando cone compatível ao diâmetro da lima memória, sendo confirmada por radiografia de conometria para avaliar o posicionamento adequado do material no interior do canal radicular (Figura 57).

Figura 57 – Conometria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

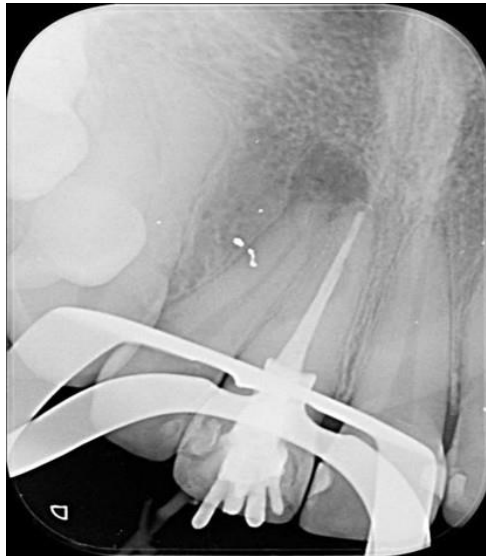
2.5.3 Obturação do canal radicular

Com auxílio de uma espátula nº 24 e uma placa de vidro, o cimento obturador Sealapex foi manipulado até atingir consistência homogênea. O material foi então inserido no canal

radicular em conjunto com o cone principal de guta-percha. Em seguida, procedeu-se à inserção dos cones acessórios, previamente recobertos com o cimento, utilizando o espaçador digital B-vermelho. Após a inserção de quatro a cinco cones acessórios, foi realizada uma radiografia de condensação lateral para confirmar o preenchimento adequado e completo do canal (Figura 58).

O cimento obturador Sealapex[®] apresenta potencial de induzir o selamento apical por meio da deposição de tecido mineralizado, mostrando melhor resposta biológica quando comparado a outros cimentos, como os à base de óxido de zinco e eugenol ou de resinas plásticas. Pesquisas demonstraram que, mesmo em longo prazo e até quando ocorre extravasamento, o material favorece a formação de tecido mineralizado, contribuindo para o fechamento do forame apical e o selamento (Lopes; Siqueira Jr., 2020, p. 681).

Figura 58 – Condensação lateral.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após a obturação do canal (Figura 59), o excesso de guta-percha foi removido da câmara pulpar com o auxílio de um condensador de Lucas aquecido na chama da lamparina. Em seguida, a câmara foi limpa com uma bolinha de algodão embebida em eucaliptol e devidamente seca. Posteriormente, realizei o selamento triplo e orientei a paciente a retornar após sete dias para o início das sessões de clareamento endógeno.

Figura 59 – Radiografia final.



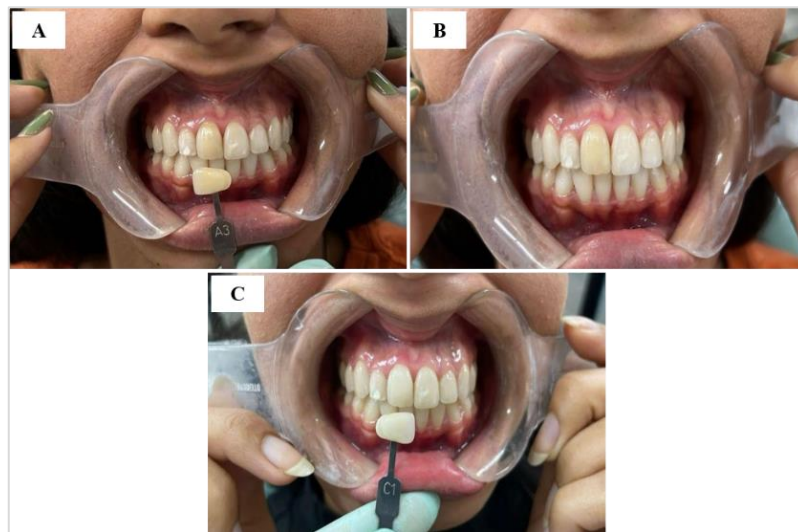
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após sete dias, foi realizada a fotografia inicial do dente para registrar sua cor. Em seguida, removi aproximadamente 2 mm de guta-percha, mantendo a obturação posicionada cerca de 2 mm acima do nível do colo dentário. Após o preparo da entrada do canal e a irrigação com EDTA, confeccionei uma barreira cervical de Coltosol (“rolha”), com o objetivo de impedir que o material clareador migrasse para o interior do canal ou para os tecidos periodontais.

Na sequência, preparei a pasta clareadora pela mistura de Peridrol (água oxigenada) com Perborato de sódio, aplicando-a na parede interna vestibular da coroa dentária. Após a inserção do agente clareador, realizei o selamento triplo para garantir o adequado isolamento do material.

Foram realizadas duas sessões de clareamento endógeno. Na última sessão, o material clareador foi removido e, posteriormente, realizei a restauração classe I. O resultado final do tratamento pode ser observado na comparação entre as imagens do antes e depois (Figura 60).

Figura 60 – Vista intra-bucal frontal. Início do clareamento endógeno (A), após primeira (B) e segunda sessão (C).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após sete dias da realização do clareamento endógeno, iniciei o procedimento removendo o agente clareador. Em seguida, lavei abundantemente a cavidade com solução fisiológica para eliminar quaisquer resíduos. Para dar continuidade à restauração, realizei o condicionamento ácido: apliquei Ácido fosfórico a 37% por 30 segundos sobre o esmalte e por 15 segundos sobre a dentina, visando otimizar a adesão do material restaurador.

Posteriormente, lavei a superfície com jato abundante de água por 60 segundos e sequei cuidadosamente utilizando gaze estéril e jato de ar. Com a área devidamente preparada, apliquei o sistema adesivo Single Bond Universal com auxílio de um microbrush descartável, promovendo a evaporação do solvente com leve jato de ar. A fotopolimerização foi realizada por 20 segundos.

Com o dente preparado, iniciei a restauração em resina composta, inserindo incrementos da 3M ESPE, Filtek Z350 XT, cor C1 (selecionada de acordo com a escala Vita). A modelagem da resina foi realizada com espátula e pincéis específicos, garantindo anatomia adequada. Após a inserção dos incrementos, a fotopolimerização final da restauração foi realizada por 1 minuto.

Na sequência, removi o isolamento absoluto e realizei o ajuste oclusal com papel carbono e pinça de Miller. Para o acabamento e polimento, utilizei brocas de acabamento, tiras e discos de lixa, finalizando com disco de feltro do kit TDV associado à aplicação de pasta de polimento.

No dia 28 de abril, com autorização do professor Edmilson, supervisor de Odontologia da Universidade Federal de Lavras, a paciente foi agendada na UFLA para a realização de

radiografia de controle do elemento 11, visto que naquele período não havia atendimento na Clínica Integrada da Unilavras. O exame radiográfico evidenciou redução progressiva da lesão periapical, bem como manutenção da integridade da obturação (Figura 61).

O tempo de acompanhamento é um fator determinante para o sucesso do tratamento endodôntico. Em dentes com polpa vital, o controle deve ser realizado entre 6 meses e 1 ano; já nos casos de necrose pulpar, com ou sem rarefação óssea, o acompanhamento deve se estender de 2 a 5 anos (Estrela, 2004, p. 258).

Ao término do tratamento, a paciente compartilhou de forma simples, mas sincera: *“Quero agradecer por todo o cuidado durante esse tratamento. Desde a primeira consulta, me senti acolhida e segura. Sempre tive receio de ir ao dentista, mas dessa vez foi diferente. Saio muito grata não só pelo resultado, mas pela forma como fui tratada”*. Esse tipo de retorno evidencia que a atenção humanizada ao paciente, aliada à boa prática clínica, impacta não apenas no sucesso técnico do tratamento, mas também na experiência e confiança construídas ao longo do atendimento.

Figura 61 – Radiografia de controle.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

3 AUTO AVALIAÇÃO

3.1 Auto avaliação da aluna Ana Luiza Salgado Carvalho

Ao longo de toda a minha trajetória acadêmica, percebi desde o início que a Odontologia seria a profissão pela qual me apaixonaria. Com o tempo, compreendi que o essencial vai além dos aspectos técnicos: envolve entender os valores humanos e éticos que fundamentam a profissão. Sempre tive cuidado e empatia com o próximo, e a possibilidade de aliviar dores, reconstruir sorrisos, melhorar a autoestima das pessoas, acolher e transmitir confiança me realiza de maneira indescritível.

Durante esses anos, enfrentei diversos desafios que me ensinaram a lidar com minhas limitações e dificuldades pessoais. A cada atendimento, surgia uma nova oportunidade de aprendizado. Hoje, reconheço que todos os medos e momentos difíceis fizeram parte do meu crescimento, tornando-me muito mais segura e confiante.

Minha determinação, o apoio constante da minha família, que são meu alicerce e maior fonte de amor, a presença de Deus em minha vida e o suporte dos amigos foram fundamentais para enfrentar essas situações com leveza e coragem. A resiliência que desenvolvi ao longo da jornada foi, sem dúvida, uma das maiores lições que aprendi.

Hoje, sinto-me leve, preparada e com o coração cheio de esperança. Levo comigo todos os ensinamentos adquiridos e sigo firme na minha caminhada de aprendizado e transformação, agora como profissional e, finalmente, como cirurgiã-dentista. Encerro um ciclo importante, mas estou pronta para enfrentar novos desafios, com fé em Deus e a certeza de que Ele reserva planos maravilhosos para mim.

3.2 Auto avaliação da aluna Bárbara Letícia Pessoa

Durante minha jornada acadêmica, percebi que a Odontologia vai muito além do cuidado com os dentes: envolve empatia, escuta, técnica, ciência e humanidade. Cada atendimento representa uma oportunidade de transformar vidas, aliviar dores e devolver sorrisos.

Ao longo desses cinco anos, enfrentei diversos desafios, vivenciei momentos marcantes e aprendi lições valiosas que levarei por toda a vida. Cresci como pessoa e como profissional, desenvolvendo resiliência, responsabilidade e determinação.

Concluo esta etapa da minha vida com imensa gratidão. Primeiramente, a Deus, que me sustentou até aqui; aos meus pais, meu marido, familiares e amigos, por serem luz em meu caminho; e, especialmente, aos meus filhos Levi, que chegou inesperadamente e me trouxe ainda mais forças para conquistar meus sonhos, e Maria Luiza, que já cresce em meu ventre, enchendo meus dias de esperança e ternura. Hoje, sinto um profundo sentimento de dever cumprido.

3.3 Auto avaliação da aluna Flávia Dessimoni Ribeiro

Ao longo de toda a minha trajetória, em meio a altos e baixos, muitas vezes senti medo e incerteza, questionando minha capacidade de alcançar meus objetivos. Com o tempo, percebi que fiz a escolha certa e que o destino me conduziu ao lugar certo.

Tenho um carinho especial por este caso, pois ele evidencia a importância da empatia, do cuidado e do amor na execução das tarefas essenciais do nosso dia a dia.

Concluo minha graduação de forma leve, com o coração repleto de boas lembranças. Levo comigo apenas sentimentos de gratidão por todos os momentos vividos, por cada paciente e por todos os professores, que me mostraram a beleza da Odontologia. Para mim, esta é uma profissão que combina técnica, empatia e o poder de transformar vidas.

3.4 Auto avaliação do aluno Ítalo Rafael Corrêa

A dor de origem dentária pode se apresentar em diferentes graus, mas é sempre desgastante e frequente. No caso clínico que acompanhei, embora a dor tenha sido de curta duração, a paciente relatou intenso incômodo. Durante todo o procedimento, dediquei-me a esclarecer todas as suas dúvidas, mantendo contato constante e explicando detalhadamente como funcionaria o retratamento. Pude perceber que a paciente desenvolveu confiança em meu trabalho e compreendeu a importância de realizar uma restauração definitiva após o tratamento endodôntico.

Ao longo da minha trajetória no curso de Odontologia, vivenciei um processo de aprendizado intenso e transformador, tanto no âmbito acadêmico quanto pessoal. Desde o início, enfrentei desafios que exigiram disciplina, dedicação e aprimoramento constante, mas que também proporcionaram conquistas e crescimento significativo.

Percebi a importância de desenvolver não apenas habilidades técnicas e científicas, mas também competências humanas, como empatia, responsabilidade e capacidade de escuta. O

contato direto com os pacientes, ainda durante a graduação, foi essencial para compreender o verdadeiro papel do cirurgião-dentista na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Minha vivência acadêmica foi marcada por evolução contínua. No início, a insegurança diante dos procedimentos clínicos era natural, mas, com o tempo e a prática supervisionada, desenvolvi confiança e segurança em minhas ações. Aprendi a lidar com situações adversas, a buscar soluções diante das dificuldades e a trabalhar em equipe, valorizando o conhecimento compartilhado.

Concluir este curso significou muito mais do que adquirir uma formação acadêmica: representou uma jornada de autoconhecimento, resiliência e superação. Hoje, ao olhar para trás, reconheço o quanto cresci como estudante, futuro profissional e ser humano. Essa caminhada confirmou minha escolha pela Odontologia e reforçou meu compromisso com uma prática ética, responsável e centrada no bem-estar dos pacientes.

3.5 Auto avaliação da aluna Lorena Antunes Rosa

Chegar a este momento representa muito mais do que apenas concluir uma etapa acadêmica: é o resultado de anos de dedicação, superação de desafios e crescimento constante. Durante a faculdade, aprendi muito além dos conteúdos técnicos; aprendi sobre esforço, paciência e a importância de acreditar em mim mesma, mesmo diante de dificuldades aparentemente grandes.

Ao final deste ciclo, reconheço que evoluí como acadêmica e como futura profissional. Consolidar conhecimentos essenciais para minha formação e desenvolvi habilidades que serão fundamentais para minha atuação no mercado de trabalho. Avalio meu desempenho de forma positiva, ao mesmo tempo consciente de que a busca por conhecimento e aperfeiçoamento deve ser constante.

4 CONCLUSÃO

Ao longo da graduação, compreendemos que a Odontologia vai muito além do cuidado com os dentes: ela transforma vidas e nos molda como profissionais e seres humanos. A prática clínica nos ensinou a enxergar o paciente em sua totalidade, valorizando suas histórias, emoções e necessidades individuais.

Nestes cinco anos, desenvolvemos não apenas habilidades técnicas, mas também sensibilidade, empatia e responsabilidade. Cada atendimento representou uma oportunidade de crescimento, e cada interação, um aprendizado que levaremos conosco ao longo de nossa trajetória profissional.

Ao encerrarmos esta etapa, reafirmamos nosso compromisso com uma Odontologia ética, humanizada e em constante evolução. Que cada sorriso cuidado continue a nos ensinar sobre a complexidade e a beleza da condição humana, guiando nossa atuação com conhecimento, dedicação e empatia.

REFERÊNCIAS

- ABDELFATTAH, R. A. et al. How loss of tooth structure impacts the biomechanical behavior of a single-rooted maxillary premolar: FEA. **Odontology**, v. 112, n. 1, p. 279-286, jan. 2024.
- ABBOTT, P.; HEAH, S. Y. Internal bleaching of teeth: an analysis of 255 teeth. **Australian Dental Journal**, v. 54, n. 4, p. 326-333, 2009.
- ALVES, D. W. & SOARES DOS SANTOS, E. A influência do tratamento restaurador no sucesso da terapia endodôntica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11525, nov. 2022.
- ALVES, F. R. F et al. Removal of the previous root canal filling material for retreatment: implications and techniques. **Applied Sciences**, v. 12, n. 20, p. 10217, 2022.
- ANGELONE, F. et al. Diagnostic Applications of Intraoral Scanners: A Systematic Review. **Journal of Imaging**, v. 9, n. 7, p. 134, 3 jul. 2023.
- ARI, I.; UNGOR, C. External cervical resorption: review and case reports. **International Endodontic Journal**, v. 35, n. 5, p. 421-432, 2002.
- ARIKAN, V. et al. Bleaching a devital primary tooth using sodium perborate with walking bleach technique: A case report. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology**, v. 107, n. 5, p. 80-84, 2009.
- BARATIERY, L. N. et al. **Clareamento dental: técnicas e fundamentos**. São Paulo: Santos, 1993.
- BASTIDAS, J. A. Surgical Correction of the “Gummy Smile”. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 33, n. 2, p. 197–209, mai. 2021.
- BHUVA, B. et al. The restoration of root filled teeth: a review of the clinical literature. **International Endodontic Journal**, v. 54, n. 4, p. 509-535, abr. 2021.
- BITENCOURT, P. M. R.; BRITTO, M. L. B. & NABESHIMA, C. K. Avaliação do selamento de dois cimentos provisórios fotopolimerizáveis utilizados em Endodontia. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 3, p. 269-274, set. 2010.
- BONIFÁCIO, Kleber Cortês. **Técnicas adesivas de obturação: avaliação microscópica quantitativa da reparação apical e periapical pós-tratamento de canais radiculares de dentes de cães com lesão periapical**. 2013. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- BOUSIOUKIS, C. & ARIAS-MOLIZ, M. T. Present status and future directions—irrigants and irrigation methods. **International Endodontic Journal**, v. 55(Suppl 3), p. 588-612, mai. 2022.
- BRAGA, M. S. et al. **Radiologia e Imaginologia Odontológica**. Porto Alegre: SAGAH, 2022. *E-book*. p.46. ISBN 9786556903149. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556903149/>. Acesso em: 06 set. 2025.
- CARVALHO DE SOUZA, J.; TANNER, W. T. D & SALOMÃO, M. B. O uso do hidróxido de cálcio como medicação intracanal em canais radiculares com atividade bacteriana. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 1, p. 65-70, 1 mar. 2021.
- COHEN, B. I. et al. An in vitro study of the cytotoxicity of two root canal sealers. **Journal of Endodontics**, v. 26, n. 4, p. 228–229, abr. 2000.
- COLARES, V. et al. **Odontopediatria: orientações básicas**. Recife: UFPE, 2021.
- COLTENE/WHALEDENT. **Hygenic Endo Ice refrigerant spray, aerosol 170 g (6 oz), com extensão direcional**. Disponível em: <https://www.dentalcity.com/product/coltene-endo-ice>. Acesso em: 1 set. 2025.
- CONSOLARO, Alberto. **A importância da radiografia na endodontia: a evolução do equipamento nos dias atuais**. Recife: UNIBRA, 2007. Disponível em: <https://www.grupounibra.com/repositorio/RADI/2022/a-importancia-da-radiologia-na-endodontia-a-evolucao-do-equipamentos-nos-dias-atuais8.pdf>. Acesso em: 1 set. 2025.

- COREUS SAÚDE. **O que é: anestésicos tópicos.** 2025. Disponível em: <https://coreus.com.br/glossario/o-que-e-anesteticos-topicos-entenda-sua-utilizacao/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- DABLANCA-BLANCO, Ana-Belen et al. Endodontic rotary files, what should an endodontist know? **Medicina**, v. 58, n. 6, p. 719, mai. 2022.
- DE LIMA SILVA, L. P.; GALVÃO DOS SANTOS, D. P. & BEZERRA DE OLIVEIRA, J. R. Considerações e técnicas para um tratamento endodôntico de sucesso. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, v. 49, n. 1, p. 191-195, 2024.
- DENTAL DENTECO. ANESTESIA LIDOCAINA 2%. Disponível em: <http://146.190.215.132:8069/shop/product/40204-anestesia-lidocaina-2-1-100000-alpha-blister-de-10-cartuchos-dfl-57886-17612>. Acesso em: 28 ago. 2025.
- DENTAL SPEED. Descolador Molt Simplex – Millenium / Fórceps Intanfil nº44. Disponível em: <https://www.dentalspeed.com>. Acesso em: 28 ago. 2025.
- DENTAL MAXXI. Anestésico tópico em gel Benzotop – DFL. Disponível em: DentalMaxxi - Resultados para: 'anestesico-topico-em-gel-benzotop-dfl'. Acesso em: 28 ago. 2025.
- DE SOUZA, Andressa Nascimento et al. **Manual sobre o manejo comportamental em odontopediatria.** Campina Grande: EDUFCEG, 2024.
- DOGENSKI, L. C. et al. Harmonização da estética vermelha e branca do sorriso: relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 33, n. 2, p. 39-50, jun. 2023.
- EASY BASSY (2025). **Catálogo de produtos.** Disponível em: <https://easybassi.com.br/wp-content/uploads/2024/09/Catalogo-Easy-Bassi.pdf>. Acesso em 30 ago. 2025.
- EASY BASSY. **Limas S2.** Disponível em: <https://easybassi.com.br/produto/s2/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- EL-BOKLE, D.; GHANY, A. H. A. A systematic diagnostic scheme for excessive gingival display “gummy smile”. **AJO-DO Clinical Companion**, v. 2, n. 4, p. 335–343, ago. 2022.
- ERHARDT, M. C.; SHINOHARA, M. S. & PIMENTA, L. A. Clareamento dental interno. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 51, n. 1, p. 23-29, 2003.
- ESTRELA, Carlos. Ciência endodôntica. v. 1. São Paulo: Artmed, 2004. p. 258.
- FURTADO, L.; MELO, L. & LIRA, M. A importância da Clorexidina, Hipoclorito de sódio e EDTA como irrigantes na endodontia: revisão de literatura. 2024. Disponível em: <https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/2c973-lira%2C-m.d.o.%2C-furtado%2C-l.%2C-melo%2C-m.p.-a-importancia-da-clorexidina%2Chipoclorito-de-sodio-e-edta-como-irrigantes-na-endodontia-revisao-de-literatura.-tcc2.-unifacvest.-20242.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- GASNER, N. S. & BRIZUELA, M. Endodontic materials used to fill root canals. In: **StatPearls.** StatPearls Publishing, 2023.
- GOMES, B. P. F. A.; AVEIRO, E. & KISHEN, A. Irrigants and irrigation activation systems in Endodontics. **Brazilian Dental Journal**, v. 34, n. 4, p. 1-33, 2023.
- GONÇALVES, M. L. L. et al. In-office tooth bleaching for adolescents using hydrogen peroxide-based gels: clinical trial. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, n. 6, p. 720-725, 2017.
- BERMAN, L. H. & HARTWELL, G. R. Diagnóstico. In: Caminhos da polpa. Eds. Hargreaves, K. M; Cohen, S & Berman, L. H. 11. Ed. São Paulo: Elsevier, 2011.
- INSTITUTO CARLOS FERRARI ENDODONTIA. Sistema Limas Easy S2. Disponível em: <https://ferrariendodontia.com.br/sistema-limas-easy-s2>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- JUNQUEIRA, R. B. et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico como instrumento complementar de diagnóstico e planejamento cirúrgico de cisto radicular: relato de um caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 6, p. 338-343, 2011.
- KAMPF, Günter. Chlorhexidine Digluconate. In: **Antiseptic Stewardship: Biocide Resistance and Clinical Implications.** Cham: Springer International Publishing, 2024. p. 653-806.

- KHAN, S.; DIAS, A. T. **Sorriso Gengival - Uma Visão Multidisciplinar**. 1. Ed. São Paulo: Santos Publicações, 2019.
- KINOMOTO, Y. et al. Leakage of hydrogen peroxide through enamel and dentin after external bleaching. **Journal of Dentistry**, v. 29, n. 5, p. 329-333, 2001.
- LEONARDO, M. R. & LEONARDO, R. T. **Tratamento de canais radiculares**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017. *E-book*. p. 10. ISBN 9788536702650. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536702650/>. Acesso em: 07 set. 2025.
- LIN, L. M.; RICUCCI, D. & KAHLER, B. Radicular cysts review. **JSM Dental Surgery**, v. 2, n. 2, p. 1011-1017, 2017.
- LOGUERCIO, A. D. et al. Avaliação clínica de reabsorção radicular externa em dentes desvitalizados submetidos ao clareamento. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 2, p. 130-134, 2002.
- LOPES, H. P. & SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia - Biologia e Técnica**. 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020. *E-book*. p.497. ISBN 9788595157422. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157422/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- LUCENA, A. R. et al. Clareamento dental endógeno: revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 36, n. 2, p. 35-40, jul./dez. 2015.
- MACIEL, A. de L., FREITAS, R. R., & DE MELO, E. H. Expansão rápida da maxila como tratamento interceptor das discrepâncias esqueléticas: revisão de literatura. **Journal of Multidisciplinary Dentistry**, v. 13, n. 2, 68-73, 2024.
- MACHADO, Ricardo. **Endodontia: Princípios Biológicos e Técnicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. *E-book*. p. 331. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738811/>. Acesso em: 16 ago. 2025.
- MALAMED, Stanley F. **Manual de anestesia local**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. *E-book*. p. 117. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595158511/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- MARTINS, J. F. et al. Reabsorções radiculares atípicas e impacto da perda precoce de dentes decíduos: um relato de caso clínico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e487111335714, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/35714/29921/395040>.
- MONTEIRO, L. R. et al. Desinfecção dos canais radiculares: ação de instrumentos e agentes químicos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 65, n. 2, p. 123-130, 2008.
- MULIYAR, S. et al. Microleakage in endodontics. **Journal of international oral health: JIOH**, v. 6, n. 6, p. 99-104, nov.-dez. 2014.
- NATARAJAN, P. M. Enhancing Smile Esthetics by Periodontists Utilizing Soft Tissue Lasers. **International Dental Journal**, v. 74(Suppl 1, p. S273, out. 2024.
- NOURI, H.; AMINI, K. & JAHROMI, M. Z. Comparison of full rotation and reciprocating movements in regaining apical patency during endodontic retreatment. **Dental Research Journal**, v. 18, n. 1, p. 85, 2021.
- OLIVEIRA, F. J. S. de. et al. Clareamento endógeno dental: técnicas, indicações e resultados clínicos. **Revista de Odontologia**, v. 14, n. 3, p. 45-52, 2006.
- PEDRON, I. G. Harmonização da estética dentogengivofacial. **Clínica - International Journal of Brazillian Dentistry**, v. 12, n. 2, p. 150-155, 2016.
- PINHO, Ianara. **Odontologia – Rizólise: o que é, como funciona e a importância para saúde bucal**. Disponível em: <https://ianarapinho.odo.br/rizolise/>.
- PLOTINO, G. et al. Nonvital tooth bleaching: a review of the literature and clinical procedures. **Journal of Endodontics**, v. 34, n. 4, p. 394-407, 2008.

- PRADO, M. do; ROCHA, N. S. **Endodontia - Princípios para Prática Clínica**. Rio de Janeiro: MedBook Editora. E-book. p.122, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830437/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
- RATHOD, Pratik et al. Overview of interim and temporary restorations of teeth during endodontic treatment. **Cureus**, v. 16, n. 5, p. e60591, 2024.
- SANTOS, Reinaldo Cedraz Trabuco dos. Clareamento dental interno: uma revisão de literatura. 2022. 28 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, Bahia, 2022.
- SANTOS-JUNIOR, A. O. et al. Recuperação da coloração de dentes tratados endodonticamente através das técnicas clareadoras imediata e mista. **Salusvita**, v. 37, n. 1, p. 77-91, 2018.
- SCHWENDLER, A. et al. Clareamento de dentes tratados endodonticamente – revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 54, n. 1, p. 32-36, 2013.
- SHARMILA, R. et al. Self-perceived dental esthetics and the relationship to maxillary anterior tooth proportions among dental students. **The Journal of Advanced Prosthodontics**, v. 17, n. 2, p. 83-91, abr. 2025.
- SILBERBERG, N.; GOLDSTEIN, M.; SMIDT, A. Excessive gingival display--etiology, diagnosis, and treatment modalities. **Quintessence international**, v. 40, n. 10, p. 809–818, nov.-dez. 2009.
- SIQUEIRA Jr., J. F. **Microbiologia endodôntica: implicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2003.
- SLEDER, C. L.; SMITH, R. S.; KELLEY, M. D. Evaluation of the sealing properties of root canal sealers. **Journal of Endodontics**, v. 17, n. 10, p. 535- 537, 1991.
- SOSSAI, N.; VERDINELLI, E. C. & BASSEGIO, W. Clareamento dental. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 425-436, 2011.
- VALERA, M. C. et al. Microinfiltração de materiais restauradores temporários usados durante o clareamento dental interno. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 10, n. 4, p. 26-31, out./nov., 2007.
- STUELAND, H.; ØRSTAVIK, D. & HANDAL, Te. Treatment outcome of surgical and non-surgical endodontic retreatment of teeth with apical periodontitis. **International endodontic journal**, v. 56, n. 6, p. 686-696, mar. 2023.
- THOMAS, P. A. et al. Digital Smile Design. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, v. 14(Suppl 1), p. S43-S49, jul. 2022.
- TOMÁS DE OLIVEIRA, M. et al. Gummy smile: A contemporary and multidisciplinary overview. **Dental Hypotheses**, v. 4, n. 2, p. 55-60, abr. 2013.
- TOMAZINHO, L. F. et al. Desmistificando a reabsorção radicular externa: revisão da literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, 1280-1292, 2023.
- TRAVASSOS, R. M. C. et al. Proservação clínica e radiográfica na endodontia–série de casos. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 49, p. 6801-6809, 2025.
- Ultradent** (2025). Disponível em: <https://www.ultradent.com.br/products/categories/endodontics/irrigants-lubricants-medicaments/ultracal-xs?sku=1027-P2>. Acesso em: 30 ago. 2025.
- UZUNOGLU, E. et al. Fracture resistance of simulated immature teeth after internal bleaching procedures. **Australian Endodontic Journal**, v. 43, n. 3, p. 121-126, 2017.
- VIANA, F. L. P. et al. Análise do pH e da atividade antimicrobiana de um novo medicamento intracanal biocerâmico Bio-C Temp. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e33310716550, 2021.
- WANDSCHEER, Gabrielli Nery. **Lidocaína: saiba mais sobre esse anestésico**. Blog Dental Speed. Disponível em: <https://blog.dentalspeed.com/lidocaina-saiba-mais-sobre-esse-anestesico/>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ZANCAN, R. F. et al. The presence of smear layer affects the antimicrobial action of root canal sealers. **International endodontic journal**, v. 54, n. 8, p. 1369-1382, 2021.