



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

**BRUNA GODINHO BUSCACIO  
EDUARDA VICTORYA MORAIS ALVARENGA  
JÚLLIA HENRIQUE  
RAFAELA FERREIRA RESENDE**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

**LAVRAS-MG  
2024**

**BRUNA GODINHO BUSCACIO**  
**EDUARDA VICTORYA MORAIS ALVARENGA**  
**JÚLLIA HENRIQUE**  
**RAFAELA FERREIRA RESENDE**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux

**LAVRAS-MG**

**2024**

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

B977p Buscácio, Bruna Godinho.  
Portfólio acadêmico / Bruna Godinho Buscácio, Eduarda Victorya  
Morais Alvarenga, Jullia Henrique, Rafaela Ferreira Resende. – Lavras:  
Unilavras, 2024.

70f. : il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras,  
Lavras, 2024.

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

1. Clareamento endógeno. 2. Restauração de amálgama. 3. Atresia  
maxilar. 4. Mantenedor de espaço. I. Alvarenga, Eduarda Victorya  
Morais. II. Henrique, Jullia. III. Resende, Rafaela Ferreira. IV. Foureaux,  
Renata de Carvalho. (Orient.). V. Título.

**BRUNA GODINHO BUSCACIO**  
**EDUARDA VICTORYA MORAIS ALVARENGA**  
**JÚLLIA HENRIQUE**  
**RAFAELA FERREIRA RESENDE**

## **PORTFÓLIO ACADÊMICO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Odontologia.  
Orientadora: Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux

\_\_\_\_\_EM: 25 de outubro de 2024.

### **ORIENTADORA**

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

### **MEMBRO DA BANCA**

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

**LAVRAS-MG**

**2024**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos guiar e sustentar ao longo de nossa jornada acadêmica, dando-nos coragem e discernimento para enfrentar cada desafio. Sem Ele e a fé que nos manteve firmes em nosso propósito com a odontologia, nada disso seria possível.

Aos nossos pais e familiares nosso eterno reconhecimento pelo amor incondicional, pelo apoio inabalável e pelas palavras de incentivo em momentos de dificuldade. Vocês foram os pilares que tornaram essa caminhada possível, transformando nosso sonho em realidade.

Aos amigos, tanto os que fizemos durante o curso quanto os que já faziam parte de nossas vidas, agradecemos pelos momentos compartilhados, que trouxeram leveza e alegria à nossa jornada.

Aos professores, que nos transmitiram conhecimentos essenciais para nossa vida profissional e pessoal, nossa gratidão por toda dedicação ao longo desses cinco anos. Um agradecimento especial à professora e orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, Renata de Carvalho Foureaux, por seu apoio e contribuição valiosa.

Aos nossos pacientes, que confiaram em nosso trabalho e nos proporcionaram experiências de aprendizado inestimáveis. Somos profundamente gratas pela oportunidade de realizar este trabalho.

Aos funcionários do Unilavras, pela acolhida e eficiência ao longo de nossa graduação, nosso reconhecimento pela importância de seu papel em nossa formação.

Por fim, a todos que fizeram parte dessa caminhada acadêmica nosso sincero agradecimento. Cada um de vocês contribuiu para essa conquista, e esse diploma é o resultado do esforço conjunto de todos nós.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fotografia da condição inicial. ....	12
Figura 2	Exame clínico e teste de vitalidade pulpar.....	14
Figura 3	Dados endodônticos.....	15
Figura 4	Radiografia de estudo (elemento 21). ....	16
Figura 5	Exame radiográfico, diagnóstico clínico-radiológico e plano de tratamento.....	17
Figura 6	Declaração de Consentimento .....	18
Figura 7	Montagem da mesa clínica. ....	20
Figura 8	Penetração desinfectante .....	22
Figura 9	Radiografia de odontometria .....	22
Figura 10	Radiografia de lima memória .....	23
Figura 11	Radiografia de conometria .....	24
Figura 12	Radiografia de condensação lateral .....	25
Figura 13	Antes da restauração em resina composta cl. IV-M do elemento 21.....	26
Figura 14	Depois da restauração em resina composta cl. IV-M do elemento 21 .....	26
Figura 15	Radiografia final.....	27
Figura 16	Antes das sessões de clareamento endógeno.....	28
Figura 17	Após duas sessões do clareamento endógeno.....	28
Figura 18	Ficha de avaliação .....	29
Figura 19	Morangos que recebi do paciente como forma de agradecimento.....	29
Figura 20	Relatório médico psiquiátrico-psicológico.....	31
Figura 21	Radiografia inicial.....	32
Figura 22	Hidróxido de cálcio.....	33
Figura 23	Porta-amálgama .....	34
Figura 24	Condensação do amálgama .....	35
Figura 25	Fotografia da condição final da restauração.....	35
Figura 26	Radiografia final (dente 26). ....	35
Figura 27	Condições iniciais .....	39
Figura 28	Condição inicial da maxila.....	39
Figura 29	Molde com a inserção das bandas .....	40
Figura 30	Disjuntor Hyrax.....	40

Figura 31 Radiografia oclusal antes do rompimento da sutura palatina .....	41
Figura 32 Radiografia oclusal depois do rompimento da sutura palatina .....	42
Figura 33 Antes do rompimento da sutura palatina.....	42
Figura 34 Depois do rompimento da sutura palatina.....	42
Figura 35 Antes do tratamento.....	43
Figura 36 Depois do tratamento .....	43
Figura 37 Molde com inserção das bandas. ....	44
Figura 38 Disjuntor Hyrax no modelo de gesso .....	44
Figura 39 Radiografia oclusal antes do novo rompimento da sutura palatina .....	44
Figura 40 Radiografia oclusal depois do novo rompimento da sutura palatina .....	45
Figura 41 Resultado final do tratamento.....	45
Figura 42 Retorno positivo dos pais, via WhatsApp.....	46
Figura 43 Condições finais.....	46
Figura 44 Estado inicial do paciente .....	49
Figura 45 Incisivos avulsionados. ....	49
Figura 46 Incisivos avulsionados. ....	49
Figura 47 Elástico para separação dental. ....	50
Figura 48 Mantenedor de espaço estético finalizado.....	50
Figura 49 Resultado final.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIC	Escola Municipal Itália Cautiero Franco
CAD	Comprimento aparente do dente
CD	Cirurgiã-dentista
CL	Classe
CRT	Comprimento real de trabalho
CRD	Comprimento real do dente
CRI	Comprimento real do instrumento
CT	Comprimento de trabalho
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
EDTA	Ácido Etilenodiamino Tetra-acético
HL	Haste Longa
IAF	Instrumental apical foraminal
IAI	Instrumental apical inicial
LIMAS H	Limas Tipo Hedstroem
LIMAS K	Limas Tipo Kerr
LMO	Lima memória
M	Mesial
MG	Minas Gerais
MCP	Mordida cruzada posterior
Prof	Professor
Profa	Professora
RCE	Reabsorção cervical externa
RC	Resina composta
RRE	Reabsorção radicular externa
SP	São Paulo
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de curso
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL</b> .....	<b>11</b>
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bruna Godinho Buscácio .....	11
2.1.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Bruna Godinho Buscácio .....	12
2.1.2 Descrição do tratamento .....	20
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga .....	30
2.2.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga .....	30
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Júlia Henrique.....	37
2.3.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Júlia Henrique.....	37
2.3.1.1 Tratamento.....	41
2.3.1.2 Benefícios adquiridos com o tratamento.....	45
2.3.1.3 Prognóstico .....	46
2.4.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Rafaela Ferreira Resende .....	48
2.4.1.1 Tipos de mantenedores.....	52
2.4.1.2 Mantenedor de espaço com coroa estética .....	52
2.4.1.3 Mantenedor de espaço com dente artificial .....	53
2.4.1.4 Mantenedor de espaço com banda e <i>loop</i> .....	53
<b>3 AUTOAVALIAÇÃO</b> .....	<b>54</b>
3.1 Autoavaliação da aluna Bruna Godinho Buscácio .....	54
3.2 Autoavaliação da aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga.....	54
3.3 Autoavaliação da aluna Júlia Henrique.....	55
3.4 Autoavaliação da aluna Rafaela Ferreira Resende.....	56
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este portfólio acadêmico foi desenvolvido a partir da apresentação de quatro casos clínicos distintos, cada um contribuindo diretamente para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

A aluna Bruna Godinho Buscácio apresentou um caso clínico realizado na clínica de Endodontia, no primeiro semestre de 2022, sob a supervisão do Prof. Dr. Marcone dos Reis Luiz. O paciente sofreu um trauma e chegou à clínica do Unilavras com a coroa do dente 21 fraturada e escurecida. O tratamento incluiu um procedimento endodôntico, associado a clareamento endógeno e restauração em resina composta – classe. IV – mesial, devolvendo a função e estética do paciente.

A aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga trouxe o caso clínico desenvolvido na clínica de Pacientes Especiais, no primeiro semestre de 2024, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Fonseca da Pádua Gonçalves Tourino. Foi realizada uma restauração no dente 26, utilizando amálgama como material de eleição, considerando as condições especiais da paciente, diagnosticada com esquizofrenia.

A aluna Júllia Henrique apresentou seu caso clínico na clínica infantil, no segundo semestre de 2023, sob a supervisão do Prof. Ricardo Augusto Barbosa. O tratamento consistiu na confecção de um disjuntor Hyrax utilizado para corrigir uma atresia maxilar severa e desvio funcional maxilar em uma paciente de 5 anos.

A aluna Rafaela Ferreira Resende apresentou um caso clínico iniciado na urgência da clínica integrada e posteriormente transferido para a clínica infantil, no segundo semestre de 2023, sob a supervisão do Prof. Ricardo Augusto Barbosa. O caso envolveu um paciente de 12 anos que sofreu traumatismo e avulsão dos incisivos centrais e de um incisivo lateral. O tratamento incluiu a confecção de um mantenedor de espaço fixo estético, utilizando os próprios dentes avulsionados, restaurando a função e estética do paciente.

Este portfólio tem como objetivo não apenas explorar conceitos teóricos, mas também apresentar casos clínicos que demonstram a aplicação prática do conhecimento odontológico. Ao longo deste trabalho de conclusão de curso (TCC), é possível acompanhar a análise detalhada de situações reais vivenciadas na prática clínica, oferecendo uma visão abrangente das abordagens diagnósticas e terapêuticas adotadas. Através desses casos, esperamos não apenas informar, mas também

promover reflexões sobre a importância do cuidado odontológico e a busca contínua por soluções inovadoras.

## 2 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

### 2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bruna Godinho Buscácio

Meu nome é Bruna Godinho Buscácio, tenho 23 anos e sou natural do Rio de Janeiro. No entanto, mudei-me para a capital de São Paulo ainda criança, aos 2 anos de idade. Passei grande parte da minha infância e adolescência em São Paulo, onde fiz amigos que levo para a vida. Em 2017, quando completei 15 anos, meus pais decidiram que nos mudaríamos para Lavras, em Minas Gerais, para nos aproximarmos de nossa família, que residia lá. No início, essa mudança foi um desafio, pois sabia que minha rotina seria transformada. No entanto, com o apoio dos meus pais, da minha irmã e dos meus amigos, adaptei-me rapidamente e comecei a me empolgar com a ideia de viver no interior.

Desde muito jovem sabia qual seria minha profissão. Aos nove anos, pedi aos meus pais que abrissem uma poupança com o objetivo de juntar dinheiro para que eu pudesse, no futuro, montar meu consultório. Eles ficaram surpresos e orgulhosos com essa determinação. Desde então, mantive o sonho de seguir na Odontologia.

Embora não houvesse dentistas na minha família, a Odontologia sempre esteve presente de maneira indireta. Minha mãe adorava ir ao dentista, e quando eu tinha apenas quatro anos me levou pela primeira vez a uma odontopediatra. A partir desse momento comecei a frequentar o consultório regularmente, criando um vínculo positivo com o ambiente odontológico desde cedo. Recordo-me de como eu adorava esses momentos: a sala de espera era cheia de brinquedos e livros sobre dentes, e durante a consulta a dentista usava um fantoche de jacaré para me ensinar a escovar os dentes. Ao final de cada consulta, ganhava uma pequena lembrança, como uma luva ou um lápis em formato de dente, o que para mim era mágico.

Aos treze anos, quando me tornei mais consciente da minha aparência, comecei a me incomodar com meus dentes. Minha mordida era cruzada e eu achava que meu queixo destoava do meu rosto. Foi então que minha dentista explicou que eu tinha um padrão de face longa e classe III, e que meu caso necessitava de correção cirúrgica no futuro. A notícia foi um choque, chorei e tive medo, mas naquele momento eu tive mais certeza de que queria me tornar uma cirurgiã-dentista, para ajudar outras pessoas que, como eu, sentiam-se inseguras por conta de condições dentárias e esqueléticas.

Durante a faculdade enfrentei muitos desafios, incluindo a minha própria cirurgia ortognática, mas com planejamento e determinação consegui conciliar tudo. Sou imensamente grata pela minha trajetória e pelas lições que aprendi ao longo do caminho. A mudança para Lavras acabou sendo a melhor coisa que poderia ter me acontecido: adaptei-me rapidamente, conheci pessoas maravilhosas, cursei a faculdade dos meus sonhos e me tornei uma pessoa mais humilde e resiliente.

Sempre me inspirei em uma frase que diz: “Deus escreve certo por linhas tortas”. Muitas vezes o caminho pode parecer confuso, mas o resultado final acaba sendo melhor do que qualquer expectativa. Hoje entendo o verdadeiro significado dessa frase e me sinto ainda mais fortalecida por tudo que vivi.

#### 2.1.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Bruna Godinho Buscácio

Paciente do sexo masculino, 49 anos, compareceu à clínica de Endodontia do UNILAVRAS no dia 11 de maio de 2022, durante o quinto período da graduação. O paciente relatou que seu "dente da frente" havia fraturado e estava escurecido (Figura 1) após um acidente doméstico, sendo essa sua principal queixa.

**Figura 1 - Fotografia da condição inicial.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Solicitei que o paciente se acomodasse na cadeira odontológica para dar início à anamnese, conforme estabelecem os protocolos clínicos. Durante a entrevista detalhada, descobriu-se que o acidente que resultou na fratura do dente havia ocorrido há cerca de um ano, mas o paciente não havia buscado tratamento até então por falta de tempo. Ele também relatou não ter nenhum problema de saúde e não fazer uso contínuo de medicamentos. Contudo, durante a conversa, percebi que o paciente

mantinha a cabeça baixa, aparentando estar constrangido e visivelmente abalado com o trauma e inseguro quanto à sua estética. Ao questioná-lo sobre seu bem-estar, ele me respondeu algo que nunca esqueci e que tornou esse caso ainda mais significativo para mim:

— "Como dizem por aí, os dentes são nosso cartão de visita, e o meu está feio. Tenho vergonha de conversar com as pessoas e não gosto de sorrir."

O que mais me surpreendeu foi o fato de eu já ter escutado essa frase várias vezes durante minha infância. Tenho poucas lembranças de minha avó materna, mas uma das mais marcantes é ela nos dizendo, a mim e à minha irmã: "os dentes são o nosso cartão de visita", sempre nos incentivando a escovar nossos dentes de leite. Naquele momento, senti em meu coração que esse seria o caso que eu gostaria de apresentar no meu Trabalho de Conclusão de Curso, e assim o fiz.

Nesse primeiro contato, realizamos a anamnese, concluindo que o paciente não apresentava nenhum problema sistêmico. Em seguida, realizamos o exame clínico (Figura 2) e a coleta de dados endodônticos (Figura 3). Observamos ausência de dor, fratura sem exposição pulpar, ausência de mobilidade dental, coloração escurecida da coroa e mucosa normal, sem sinais de edema ou fístula. Para avaliar a vitalidade pulpar (Figura 2) realizamos um teste térmico com uma haste flexível de algodão e o refrigerante "Endo Ice" aplicado na região cervical do dente, resultando em ausência de resposta ao frio. Além disso, o teste de percussão horizontal e vertical, realizado com o cabo do espelho clínico, teve resposta negativa, assim como o teste de palpação, que também apresentou resultado negativo.

**Figura 2 - Exame clínico e teste de vitalidade pulpar.**

Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS

Rua Padre José Poggel, 506 - Centenário  
37200-000 Lavras - MG  
Tel: 35 3694-8142 / 43 Telefax: 35 3694-8118  
http://www.lavras.br e-mail: felsa@lavras.br

---

CLÍNICA INTEGRADA

Paciente: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Aluno: Guilherme G. B. B. B.

**Exame Clínico**

• **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  DECÚBITOS  
 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**

<u>FRIO</u>	<u>CALOR</u>	<u>TESTE ELÉTRICO</u>	<u>PERCURSSÃO</u>	<u>PALPAÇÃO</u>	<u>CAVIDADE</u>
<input type="checkbox"/> Normal	<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 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 type="checkbox"/> Aliviada		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 3 - Dados endodônticos.

Dados Endodônticos	DENTE 21	DENTE _____	DENTE _____	DENTE _____
Dor (Ausente, Presente)	ausente			
Condições de aparecimento (Espontâneo, Provocada)	-			
Sede (localizada, difusa, reflexa)	-			
Frequência (intermitente, contínua)	-			
Duração (curta, prolongada)	-			
Alívio (calor, frio)	-			
Intensificação (calor, frio, mastigação, pressão, decúbito)	-			
Emprego de analgésico (com êxito, sem êxito)	-			
Exposição pulpar (não, sim)	não			
Coloração da coroa (normal, modificada)	modificada			
Mucosa (edema, fistula)	não			
Testes (Frio, calor)				
Percussão (Vertical, Horizontal)	negativo			
Palpação (coronária, apical)	negativo			
Teste de cavidade (positiva, negativa)	-			
Câmara Pulpar (normal, modificada)				
Canais radiculares (não obturados, obturados parcialmente, obturados totalmente)	não obturado			
Presença de corpos estranhos (sim, não)	não			
Reabsorção interna (sim, não)	não			
Reabsorção externa (sim, não)	não			
Periapice (normal, espessamento, rompido)				
Osso alveolar (com lesão, sem lesão)	sem lesão			
Diagnóstico clínico	narrose pulpar I			
ODONTOMETRIA				
CAD	26,0 mm			
CRI	24,0 mm			
CRD	24,0 mm			
CRT	23,0 mm			
Instrumento inicial (DA)				
Instrumento final (DC)				
Ponto de referência	linha incisal			
Substância irrigadora	hipoclorito 25%			
Medicação intracanal	hidróxido			
Material obturador	SEALAPEX equitopack			
Selamento provisório	algatô, cáter, I.V			

*Larissa*, 08 de junho de 2022

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Foram realizados o registro fotográfico e a radiografia periapical de estudo (Figura 4), juntamente com o exame radiográfico complementar (Figura 5). Estes exames confirmaram a ausência de lesão periapical ou espessamento do periápice, além de permitirem a determinação do Comprimento Aparente do Dente (CAD) em 26 mm e do Comprimento Real de Instrumentação (CRI) em 24 mm.

O diagnóstico estabelecido foi de necrose pulpar sem lesão periapical, com escurecimento da coroa e fratura sem exposição pulpar no dente 21 (Figura 5).

Segundo LEONARDO et al., 1998, a polpa necrótica pode ser classificada em dois tipos;

- Tipo 1: quando não é possível visualizar lesão periapical radiograficamente, sendo proposto a necropulpectomia I
- Tipo 2: quando é possível visualizar a lesão periapical radiograficamente, sendo proposto a necropulpectomia II

O diagnóstico poderá interferir no plano de tratamento proposto, influenciando na escolha da medicação intracanal ou no tempo que esta ficará executando sua função no interior do conduto.

**Figura 4 - Radiografia de estudo (elemento 21).**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

1q q

Para o plano de tratamento (Figura 5) foi proposta a realização de necropulpectomia I, associada ao clareamento endógeno e à restauração com resina composta – Classe IV- mesial.

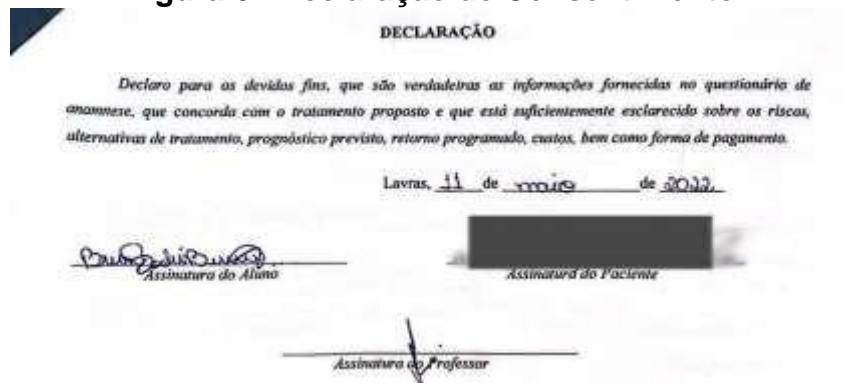
A necrose é a seqüela de uma inflamação pulpar que não foi tratada, desta forma, o quadro evolui para uma necrose, onde já está presente a infecção pulpar. Na necrose pulpar ocorre uma completa interrupção dos processos metabólicos do tecido pulpar, que caso não diagnosticada e tratada precocemente (através da

necropulpectomia realizando a limpeza dos microrganismos e tecidos necróticos), os produtos tóxicos bacterianos e da decomposição tecidual agridem os tecidos periapicais, através do forame periapical, que está em íntimo contato com o canal radicular, provocando uma resposta imune dos tecidos, caracterizada pelas alterações periapicais, como o espessamento e lesões.



Optou-se pelo clareamento endógeno, levando em consideração as diversas vantagens associadas a esse procedimento. O paciente foi devidamente informado sobre a natureza do tratamento, seus objetivos, os profissionais envolvidos e suas respectivas qualificações, além dos métodos utilizados, benefícios, riscos potenciais e possíveis desvantagens. Esse processo de comunicação foi formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contou com a assinatura do paciente, do aluno e do professor responsável. Contudo, conforme mostrado na Figura 6, apenas a declaração de consentimento foi anexada para registro.

**Figura 6 - Declaração de Consentimento.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

O clareamento endógeno é uma alternativa de tratamento para dentes não vitais que sofreram alterações cromáticas. Esse procedimento gera debates entre os profissionais da odontologia, uma vez que, embora muitos considerem uma excelente opção para dentes desvitalizados escurecidos por fatores intrínsecos, com altas taxas de sucesso, sua eficácia e segurança dependem diretamente da correta indicação, planejamento e execução de cada caso.

Entre os fatores que podem causar o escurecimento interno dos dentes estão: traumatismos dentários, hemorragias na câmara pulpar, calcificação distrófica da polpa, necrose pulpar, falhas em tratamentos prévios (como excesso de material obturador na câmara ou má qualidade da restauração provisória), penetração de compostos de amálgama nos túbulos dentinários e até o uso de medicamentos intracanáis (Mileski et al., 2018).

O clareamento endógeno possui várias vantagens, como a maior preservação da estrutura dental, sendo um tratamento conservador, acessível financeiramente e com alta taxa de sucesso, além de melhorar significativamente a estética do paciente (ARI; UNGOR, 2002; OLIVEIRA et al., 2006). No entanto, a principal desvantagem é o

risco de reabsorção radicular cervical externa (RCE), que pode levar à perda do dente afetado (Lopes et al., 2015).

Estudos científicos apontam outras possíveis complicações, como a recidiva da cor, que pode ocorrer por infiltração marginal, traumatismo, idade avançada do paciente, enfraquecimento do dente ou pelo tempo transcorrido após o tratamento. Abbott e Heah (2009) sugerem que a recidiva está mais relacionada a restaurações inadequadas que permitem a infiltração de pigmentos.

Portanto, ao fornecer opções de tratamento, todos os fatores, tanto os benefícios quanto os riscos, devem ser cuidadosamente avaliados, considerando que, em sua maioria, trata-se de dentes anteriores, essenciais para a função estética, autoestima e bem-estar do paciente.

Existem duas técnicas principais de clareamento endógeno descritas na literatura. A primeira, desenvolvida por Spasser em 1961, é conhecida como técnica mediata ou "walking bleach". Ela consiste na aplicação de uma mistura de perborato de sódio e água destilada na câmara pulpar, com trocas periódicas até atingir o resultado desejado. Em 1967, Nutting e Poe modificaram essa técnica, introduzindo o peróxido de hidrogênio, acelerado pela aplicação de calor, para um clareamento mais rápido. No entanto, estudos, como os de Kinomoto et. al (2001), indicaram que o peróxido de hidrogênio pode ser tóxico e aumentar o risco de reabsorção radicular externa, sendo menos recomendado em comparação ao uso isolado de perborato de sódio.

Uma terceira abordagem, a técnica mista, combina as vantagens das técnicas mediata e imediata, visando reduzir o tempo de clareamento. Nesse método, o agente clareador é aplicado tanto na câmara pulpar quanto na face vestibular, com trocas semanais até se alcançar o resultado ideal.

Existem diversas substâncias clareadoras no mercado, como o perborato de sódio; peróxido de hidrogênio; peróxido de carbamida, que podem ser utilizados de modo separado ou em combinações (SCHWENDLER, et al., 2013). Porém, para BARATIERI et al., 1993, o verdadeiro agente clareador é o peróxido de hidrogênio, pois essa solução consegue penetrar no esmalte e dentina, se movimentando e atuando com mais eficácia na quebra de pigmentos. Esse agente clareador é considerado o mais eficiente segundo VIEIRA, 2003.

Na clínica odontológica do UNILAVRAS, a técnica de clareamento endógeno adotada foi a Walking Bleach, associando o perborato de sódio ao peróxido de hidrogênio. Após o tratamento endodôntico e a limpeza adequada da câmara, aplica-se a substância clareadora, que deve ser trocada a cada três a sete dias.

Para evitar reabsorção radicular externa, uma possível complicação, é fundamental a confecção adequada de um tampão cervical, utilizando materiais específicos que impedem a passagem do agente clareador para o tecido periodontal, garantindo a segurança e o sucesso do tratamento.

### 2.1.2 Descrição do tratamento

No dia 18 de maio de 2022, uma semana após a consulta inicial, o paciente retornou à clínica do UNILAVRAS para o início do tratamento endodôntico. Cheguei mais cedo à faculdade para organizar a mesa clínica (Figura 7), garantindo que todos os materiais e instrumentos necessários estivessem devidamente preparados e dispostos de maneira organizada, proporcionando um ambiente propício para a realização do procedimento com eficiência e segurança. Esse cuidado foi essencial para assegurar que o atendimento ao paciente ocorresse da melhor forma possível, seguindo as normas e protocolos estabelecidos pela instituição.

**Figura 7 - Montagem da mesa clínica.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

A montagem da mesa clínica foi cuidadosamente realizada, com todos os utensílios listados disponíveis acima da mesa, incluindo alguns que não seriam utilizados no dia. Os materiais preparados incluíam: *kit* para isolamento absoluto (com arco de plástico, porta grampo, perfurador de lençol, lençol de borracha e grampo 212), fio dental, estojo com limas H e K, régua milimetrada, régua calibradora, *kit* clínico com espelho de primeiro plano e outros instrumentais de endodontia, copinho com hipoclorito de sódio a 2,5%, sugador endodôntico, potes Dappen, seringa com agulha para irrigação, pontas Capillary Tips, copo com esponja, placa de vidro,

broqueiro com brocas de endodontia (1012 HL, 1014 HL, 1016 HL, ENDO Z, CA1, CA2, 3081), brocas Gates Glidden 1, 2 e 3, bolinhas de algodão estéril, cones de papel absorvente e cones de guta-percha para obturação. Além disso, foram disponibilizados pela faculdade: coltosol, ionômero de vidro modificado por resina, pasta Calen, EDTA, tricresol formalina, eucaliptol, cimento obturador SEALAPEX, agente clareador (perborato de sódio e peridrol), top-dam e fotopolimerizador.

O nervosismo e o medo eram notáveis, pois essa seria minha primeira experiência prática realizando um tratamento endodôntico em um paciente, após apenas simulações em manequins e a aplicação de anestesia em colegas de turma. Minhas mãos tremiam e suavam devido à ansiedade, mas, ao mesmo tempo, sentia-me empolgada e preparada para enfrentar mais essa etapa como estudante de odontologia: minha primeira anestesia em um paciente, o primeiro tratamento endodôntico e o início da minha carreira como cirurgiã-dentista.

Quando o paciente chegou, posicionei-o na cadeira odontológica, coloquei o babador e os óculos de proteção, tanto nele quanto em mim e na auxiliar, assegurando a segurança durante o atendimento. O procedimento começou com a anestesia local, utilizando a técnica supraperióstea na região do sulco acima do dente 21, aplicando lidocaína a 2%. Em seguida, realizamos o isolamento absoluto, fixando o grampo 212 com fio dental e aplicando o top-dam, seguido pela fotopolimerização.

Com o dente isolado, prosseguimos para a abertura coronária, que deve ser realizada abaixo do cíngulo, de forma centralizada. Utilizei a broca 1012 HL inicialmente e, em seguida, a broca 3081 para moldar uma forma triangular ovalada, garantindo paredes lisas e divergentes voltadas para a palatina. Com a lima K10 e hipoclorito de sódio a 2,5%, realizamos a penetração desinfetante (Figura 8), acompanhada de irrigação, sucção e inundação, descendo a lima de 2 em 2 mm até atingir o CRI de 24 mm, com o objetivo de remover e neutralizar resíduos de tecido necrótico e microrganismos presentes no canal radicular.

**Figura 8 - Penetração desinfectante.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Com a lima K10, foi realizada a odontometria, seguida pela captura da radiografia de odontometria (Figura 9). Nessa etapa foi possível confirmar o comprimento radicular do dente (CRD) de 24 mm e o comprimento de trabalho (CRT) de 23 mm. Estes dados foram essenciais para o planejamento do tratamento endodôntico, garantindo que o procedimento fosse realizado com precisão e segurança, respeitando as medidas adequadas para a desinfecção e obturação do canal radicular.

**Figura 9 – Radiografia de odontometria.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

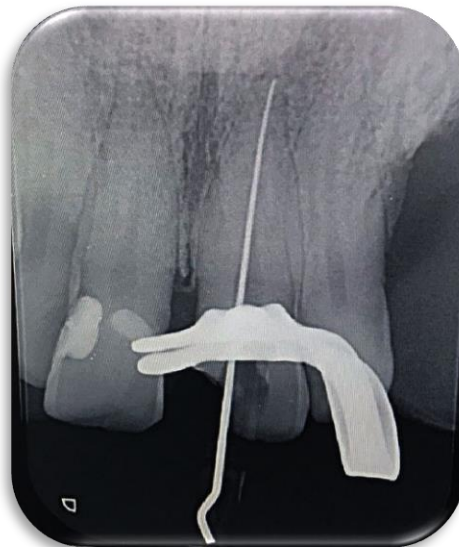
Como era minha primeira experiência realizando um tratamento endodôntico, me sentia insegura e mais lenta, o que impossibilitou o início do preparo biomecânico nesta mesma sessão. Naquela ocasião, apliquei medicação intracanal (Tricresol

Formalina) levemente úmida em uma bolinha de algodão) e fiz o selamento triplo utilizando coltosol e ionômero de vidro modificado por resina. Após isso, removi o isolamento absoluto, ajustei a oclusão e pedi ao paciente que permanecesse com a medicação por sete dias, agendando seu retorno para a próxima semana.

No dia 25/05/2022, o paciente retornou e iniciamos o tratamento da mesma forma que na sessão anterior, começando pela anestesia, remoção do selamento triplo e isolamento absoluto. Com todos os preparativos prontos, começamos o preparo biomecânico, dividido nas seguintes fases:

- **1ª fase:** início do preparo biomecânico utilizando lima K15 até o comprimento radicular do dente (CRD) de 24 mm, seguida pela lima K20 no comprimento de trabalho (CRT) de 23 mm e finalizando com lima K25 no CRT.
- **2ª fase:** preparo do terço cervical e médio do canal, começando com Gates Glidden 1 até 19 mm, lima K20 no CRT, Gates Glidden 2 até 17 mm, lima K20 no CRT e, por fim, Gates Glidden 3 até 15 mm, novamente utilizando lima K20 no CRT.
- **3ª fase:** término do preparo apical, utilizando limas K25 e K30 até o CRT, em que a lima K30 foi identificada como a lima memória, seguida pela radiografia da lima memória (Figura 10).

**Figura 10 – Radiografia de lima memória.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

- **4ª fase:** escalonamento programado ou anatômico, utilizando Lima K35 até o comprimento de trabalho (CT) de 23 mm, intercalando com a lima memória (LMO) no CT. Em seguida, utilizei Lima K40 até o CT-1 de 22 mm, LMO no CT,

Lima K45 até o CT-2 de 21 mm, LMO no CT, Lima K50 até o CT-3 de 20 mm, LMO no CT, e finalizando com Lima K55 até o CT-4 de 19 mm, sempre intercalando com LMO.

Após concluir o preparo biomecânico, agitei a lima memória com EDTA no comprimento de trabalho (CRT) de 23 mm por 3 minutos. Realizei a irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% e sequei o conduto utilizando pontas Capillary Tips e cone de papel absorvente correspondente ao diâmetro da lima memória (30 mm). Para finalizar a sessão, apliquei a medicação intracanal (UltraCal - pasta de hidróxido de cálcio a 35%). Não realizamos a radiografia, pois o horário de atendimento da clínica havia se esgotado. Como não havia lesão periapical, o professor responsável autorizou o selamento triplo e a liberação do paciente.

No dia 01/06/2022, iniciei o tratamento removendo o selamento triplo e a medicação intracanal, começando pela anestesia local e isolamento absoluto. Para remover a pasta Calen, irriguei com hipoclorito de sódio a 2,5%, agitando com a lima memória (lima H30 no CT), e sequei o conduto utilizando Capillary Tips e cone de papel absorvente, o que me permitiu iniciar a obturação. Após desinfetar os cones principal e acessórios, deixando-os imersos em hipoclorito de sódio a 2,5% por cinco minutos e, em seguida, em soro fisiológico por três minutos, sequei os cones com gaze. Realizei a prova do cone com o diâmetro da lima memória no CRT e a radiografia de conometria (Figura 11) para avaliar se o cone principal estava posicionado corretamente.

**Figura 11 – Radiografia de conometria.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Com a ajuda da espátula 24 e da placa de vidro, procedi à manipulação do cimento obturador (SEALAPEX), inserindo-o no canal radicular junto ao cone principal. Em seguida, os cones acessórios foram introduzidos individualmente, envolvendo-os com o cimento. Utilizei o espaçador digital de escolha, que nesse caso foi o B-vermelho. Após a inserção de quatro a cinco cones acessórios, realizei a radiografia de condensação lateral (Figura 12) para avaliar se o canal estava totalmente preenchido.

O Sealapex é um cimento endodôntico à base de hidróxido de cálcio polimérico, se apresenta em forma de pasta-pasta, permitindo uma fácil manipulação e mistura homogênia, com tempo de presa de 30 a 40 minutos no canal radicular. Este foi tido como material de escolha, pois possui diversas propriedades satisfatórias, segundo Holland et al, 2002, o Sealapex é altamente biocompatível. Além de suas propriedades físico químicas serem extremamente satisfatórias, este material apresenta excelente resposta tecidual, permitindo o selamento apical radicular com tecido mineralizado (Holland & Souza, 1979; Yesilloy et al, 1988; Tronstad et al, 1988; Tagger & Tagger, 1989, Sonat et al, 1990, Gomes-Filho, 2008, Gomes-Filho, 2009). Resultados de estudos mostraram que este cimento obturador exibiu o melhor vedamento, quando comparado a outros cimentos à base de hidróxido de cálcio (Sleder et al, 1991; Lin e Tidmarsh, 1986).

**Figura 12 - Radiografia de condensação lateral.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Após o preenchimento do canal, foram removidos os excessos de cone de guta-

percha da câmara, utilizando um condensador de Lucas aquecido na lamparina. A câmara foi limpa com bolinha de algodão embebida em eucaliptol e, em seguida, feita a secagem. É importante deixar o material obturador 1 mm abaixo do colo clínico para permitir a confecção da "rolha" de coltosol, essencial para o tratamento endógeno, com acompanhamento a cada seis meses até um ano após o tratamento.

No mesmo atendimento, após finalizar a obturação do canal, iniciei a primeira sessão de clareamento endógeno, conforme o planejamento previamente estabelecido, que previa duas sessões de clareamento. Para isso, confeccionei uma "rolha" de aproximadamente 2 mm de espessura, formando uma barreira diagonal com Coltosol na entrada do canal radicular, de modo a proteger a parede palatina e deixar a parede vestibular coronária livre de material. Essa abordagem evita a introdução do agente clareador na obturação endodôntica e sua difusão até a superfície externa da junção amelocementária, um dos principais fatores que podem levar à reabsorção radicular externa em dentes submetidos a clareamento endógeno.

Conforme Warren et. al. (1990), Brighton et. al. (1994) e Oliveira *et al.* (2002), nenhum material usado como tampão cervical consegue impedir totalmente a difusão de agentes clareadores através dos túbulos dentinários. Entretanto, estudos demonstram que o Coltosol, quando comparado com outros materiais, é o mais indicado para essa finalidade, devido à sua capacidade seladora.

Em seguida, misturei o peridrol (água oxigenada) e o perborato de sódio, formando uma pasta que foi aplicada na parede interna vestibular da coroa. Após inserir o agente clareador, realizei o selamento triplo e, com o dente devidamente isolado, efetuei a restauração com resina composta classe IV na face mesial, sendo possível visualizar o antes (Figura 13) e depois (Figura 14) nas figuras abaixo.

**Figura 13 – Antes da restauração em resina composta cl. IV-M do elemento 21.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

**Figura 14 – Depois da restauração em resina composta cl. IV-M do elemento 21.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Iniciei o procedimento de restauração com o ataque ácido, aplicando ácido fosfórico a 37% durante 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, visando otimizar a adesão do adesivo ao dente. Após isso, realizei uma lavagem com água abundante por 60 segundos e sequei com gaze e jato de ar. Em seguida, apliquei o adesivo Single Bond 2 de maneira ativa, utilizando um *microbrush* descartável,

seguido de um breve jato de ar para evaporar o solvente, e fotopolimerizei por 20 segundos.

Com o elemento preparado para receber a resina composta, iniciei o processo de restauração dental. Não foi necessário o uso de tira de poliéster, pois o paciente apresentava um diastema entre os incisivos centrais, o que facilitava o acesso. Apliquei pequenos incrementos da resina composta 3M ESPE nacor A3, escolhida de acordo com a escala Vita. Com uma espátula própria para resina e pincéis, fui moldando e "abraçando" o dente com a tira de poliéster, garantindo que a face mesial ficasse bem adaptada e conferindo à restauração um aspecto natural, similar ao elemento 11, com a borda incisal levemente irregular.

Após fotopolimerizar por 1 minuto, removi o isolamento absoluto e ajustei a oclusão com papel carbono e pinça Miller. Para finalizar, realizei o acabamento e polimento utilizando as brocas de dentística, tiras de lixa, disco de lixa e disco de feltro do *Kit* TDV, seguido de aplicação da pasta de polimento e a realização de uma radiografia final (Figura 15). Solicitei que o paciente retornasse à clínica após uma semana para a segunda sessão de clareamento.

Figura 15 – Radiografia final.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

No dia 08/06/2022, o paciente retornou para a realização da segunda sessão de clareamento endógeno, seguindo as mesmas etapas da primeira. Durante esse procedimento foi possível observar uma melhora significativa na coloração da coroa dental em comparação ao início do tratamento, sendo definido como a última sessão e tendo o tratamento como concluído, uma vez que os resultados já estavam satisfatórios.

A restauração definitiva na abertura coronária da face palatina foi realizada imediatamente após a finalização da segunda e última sessão de clareamento endógeno, com o objetivo de prevenir a infiltração de bactérias e pigmentos, além de prolongar a estabilidade da cor obtida.

Entretanto, sabe-se que não é o ideal realizar a restauração definitiva imediatamente após o clareamento, uma vez que o esmalte e a dentina recém-clareados, podem comprometer a adesão da resina composta ao elemento dental no momento da restauração, podendo causar futuros problemas, como microinfiltrações. A presença de íons de peróxido de hidrogênio (oxigênio) remanescentes, levam à inibição do processo de polimerização, que causa uma alteração na resistência de união. Logo, o ideal é que a restauração definitiva seja feita após alguns dias, sendo mais indicado de 10 a 15 dias, desta forma, ocorre a neutralização dos efeitos negativos do peróxido de hidrogênio nesse período, e a adesão da resina ao esmalte e dentina será satisfatória.

Porém, este caso clínico foi realizado durante a faculdade, e as clínicas já estavam sendo encerradas naquele semestre, logo, analisando os prós e contras, foi definido realizar a restauração definitiva naquela mesma sessão. O paciente foi devidamente comunicado sobre essa intercorrência e possíveis complicações futuras. Além disso, foi orientado para que realizasse o acompanhamento e futuramente a troca dessa restauração definitiva. O tratamento foi finalizado com sucesso (Figuras 16 e 17), resultando em um conceito A em todos os quesitos avaliados (Figura 18).



**Figura 16 – Antes das sessões de clareamento endógeno.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

**Figura 17 – Após duas sessões do clareamento endógeno.**



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

**Figura 18 – Ficha de avaliação.**

Ficha de Avaliação

Paciente: [REDACTED] Dente 21

Aluno: Osvaldo G. Queiroz

Professor: ↓

Diagnóstico e plano de tratamento	Conceito	Data	Visto
	A		
Remoção cárie, blindagem dental abertura coronária	A		
Isolamento	A		
Preparo do canal	A		
Medicação intracanal e selamento provisório	A		
Obturação e preparo para o pino	A		
Resultado final	A	08.06.22	↓

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

O paciente ficou extremamente satisfeito, pois conseguimos restaurar sua função, estética e autoestima. Como forma de agradecimento, ele me presenteou com deliciosos morangos (Figura 19). Nunca havia recebido presentes de pacientes antes, então essa surpresa foi muito gratificante e tornou esse caso ainda mais especial e memorável para mim.

**Figura 19 – Morangos que recebi do paciente como forma de agradecimento.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

## 2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga

Meu nome é Eduarda Victorya Morais Alvarenga, tenho 22 anos e sou natural de Cana Verde, Minas Gerais. Desde os 14 anos a Odontologia era minha primeira opção de curso, apesar de não ter ninguém próximo a mim que exercesse a profissão, meus olhos brilhavam de pensar como seria quando eu estivesse atendendo meus pacientes. Minha mãe sempre me levou ao dentista desde os 5 anos, o que fez com que eu me apaixonasse por essa profissão. Uma coisa marcante para mim era quando eu ia ao dentista e ganhava um par de luvas, ao chegar em casa passava o dia todo brincando de ser cirurgiã dentista e imaginando que no futuro eu seria a dentista que transformaria vidas através do sorriso.

Com 11 anos de idade fui diagnosticada com problemas emocionais. Ao passar dos anos fiz tratamento, mas sempre apresentando recidivas. Ingressei no Centro Universitário de Lavras aos 18 anos e então iniciei minha vida acadêmica. Durante a graduação passei por momentos extremamente difíceis, fazendo com que eu me afastasse das aulas e dos colegas de classe. Cogitei por duas vezes trancar a matrícula e voltar para a casa dos meus pais, mas com o apoio de familiares, amigos, professores e coordenador do curso eu consegui finalizar essa etapa e hoje sou feliz e realizada no curso de Odontologia.

A força de vontade e a persistência me fizeram chegar até aqui, pois mesmo diante das dificuldades e de todos os problemas que enfrentei durante esse processo eu não desisti, continuo firme e persistente.

### 2.2.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, chegou à Clínica de Pacientes Especiais do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) com a queixa de “acúmulo de alimento no dente”. Durante a anamnese a paciente relatou ter esquizofrenia.

Segundo a *American Psychiatric Association*, a esquizofrenia é um tipo de transtornamental crônico e grave, uma enfermidade complexa e multifatorial que afeta a maneira como o paciente pensa, sente e se comporta.

A paciente informou fazer uso de medicação contínua com os seguintes medicamentos (Figura 20): Clozapina 100 mg,

Risperidona 2 mg, Propranolol 40 mg, Prometazina 25 mg, Amitriptilina 25 mg e Alprazolam 1 mg.

**Figura 20 – Relatório médico psiquiátrico-psicológico.**

**CAPS**  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE LAVRAS

**RELATÓRIO MÉDICO PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICO**

Dedico que o paciente: [REDACTED]

é usuário do CAPS desde: [REDACTED] Assessoria e tratamento do mesmo ocorre em regime: ( ) Ambulatorial (X) Permanência da apresentação quadro compatível com CID-10

F20

sub os cuidados profissionais de [REDACTED]

Em uso de medicação: Clozapina 100mg, Risperidona 2mg, Propranolol 40mg, Prometazina 25mg, Amitriptilina 25mg

Considerações: Alprazolam 1mg

Lavras-MG, 04/03/24

Atenciosamente,  
Viviane Maria Oliveira  
psicóloga  
CRP 012345678

**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

Os primeiros atendimentos serviram para conquistar a confiança da paciente, pois a esquizofrenia pode afetar a capacidade da paciente em confiar em outras pessoas; sintomas como a alucinação e delírio podem levar a uma desconfiança generalizada. Com isso, tentei de todas as formas conquistar a confiança da paciente, explicando tudo que seria feito e o porquê.

A paciente possuía uma má higiene bucal e xerostomia devido ao uso de antipsicóticos e antidepressivos. Estes medicamentos afetam o sistema nervoso central, podendo interferir no funcionamento das glândulas salivares, pois a relação entre esses medicamentos e os neurotransmissores com atividade colinérgica (diz respeito a atividade do neurotransmissor acetilcolina nos sistemas nervoso central e periférico), que são essenciais para o funcionamento adequado das glândulas salivares, resulta na inibição dos sinais colinérgicos nos tecidos salivares, causando uma redução na produção de saliva (Franco *et al.*, 2022), podendo aumentar o risco de cárie e doenças periodontais (Lopes *et al.*, 2020). A xerostomia é uma queixa frequente na consulta odontológica e corresponde a um sintoma definido como

percepção, pelo indivíduo, de sensação de boca seca (Kapourani *et al.*, 2022). Ao realizar o exame clínico, foi observada a presença de lesão cariosa ativa com cavitação extensa no dente 26.

Realizei uma radiografia interproximal (Figura 21), também conhecida como *bitewing*, que é muito utilizada na Odontologia, pois obtém imagem das coroas dos dentes posteriores, superiores e inferiores, e permite observar os lados direito e esquerdo dos dentes em um mesmo exame (Machado *et al.*, 2022).

**Figura 21 – Radiografia inicial.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

Após a realização do exame clínico associado ao exame radiográfico, o diagnóstico foi de lesão de cárie ativa com cavitação extensa na face distal do dente 26. A presença de cavitação é um fator que acelera o avanço das lesões de cárie, quando há cavidade, o biofilme pode permanecer não só na superfície, como também no interior da lesão, fazendo com que haja avanço das lesões cariosas. (Braga, Mariana Minatel, et al., 2012 9-55.)

Foi realizado um preparo classe II, ocluso-distal, no dente 26; segundo a Classificação de Black, uma classe II envolve as faces proximais dos dentes posteriores. A lesão de cárie era extensa, com cavitação, e estava a nível subgingival. Iniciei com a anestesia, pela técnica do bloqueio do nervo alveolar superior posterior, com complemento por palatina e o anestésico escolhido foi a lidocaína 2%, anestésico de primeira escolha, pois a paciente não apresentava alteração sistêmica (Neves *et al.*, 2023).

Foi feito isolamento absoluto a distância, isolando o dente vizinho, pois se tratava de uma restauração classe II envolvendo parede proximal, usando lençol de borracha, grampo 201 e top-dam (material que tem função de barreira gengival, que impossibilita o contato da parte isolada com a parte externa do isolamento). A remoção do tecido cariado foi feita com a broca 1012 em alta rotação, broca CA 2 em baixa

rotação e colher de dentina (instrumental indicado para fazer a remoção de tecido cariado).

Foi necessário fazer um forramento com hidróxido de cálcio (Figura 22), com o intuito de proteger a polpa dental e estimular a formação de dentina reparadora. De acordo com Marcelo Cavalho Chain (Materiais Dentários, 2013), o Hidróxido de Cálcio tem ação antimicrobiana e possui pH básico, que é levemente irritante para o tecido pulpar, essa irritação gera uma necrose superficial dos tecidos pulpares que entram em contato com o Hidróxido de Cálcio, essa necrose superficial fará as células mesenquimais indiferenciadas se diferenciarem em odontoblastos, que são responsáveis pela formação da dentina reparadora. A produção do cimento envolve combinar a pasta base com a pasta catalisadora. Em condições normais, o tempo disponível para manipulação é aproximadamente de 2 a 3 minutos. No entanto, em um ambiente bucal úmido e com uma temperatura de 37 °C, esse tempo é reduzido, enquanto o tempo de presa é prolongado. Portanto, é fundamental garantir que a cavidade esteja completamente seca antes de aplicar o cimento (Dotta *et al.*, 2020). O hidróxido de cálcio  $[\text{Ca}(\text{OH})_2]$  é uma base potente, capaz de liberar íons cálcio e íons hidroxila. Estes íons promovem a mineralização e a regeneração da dentina, além de exercer ação antimicrobiana eficaz (Bonato *et al.*, 2023). Alguns profissionais da odontologia ainda não exploram completamente a questão da proteção pulpar, e essa negligência pode afetar significativamente a durabilidade, qualidade e satisfação do paciente com a restauração.

**Figura 22 – Proteção pulpar com Hidróxido de cálcio.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

A restauração definitiva foi realizada em amálgama. Segundo a *America Dental Association* (ADA), o amálgama é um material composto por mercúrio líquido e uma liga sólida, composta por prata, estanho e cobre. O material foi escolhido visto que a lesão em nível subgingival causa dificuldade de controle de umidade e dificulta a higiene. O amálgama é um material menos sensível à umidade, enquanto as resinas compostas são hidrofóbicas, ou seja, quando a resina é exposta à água, ocorrem alterações tanto químicas quanto físicas, como a solubilidade. Estas transformações podem resultar em mudanças nas propriedades físicas e volumétricas do material (Alves; Vasconcelos; Vasconcelos, 2022).

O amálgama tem como vantagem o menor tempo clínico, a facilidade de ser colocado na cavidade, resistência ao desgaste clínico e mecanismo de Baratieri e Monteiro Júnior (2013), a melhor restauração é aquela que alcança o equilíbrio entre a técnica, o conservadorismo do preparo, a longevidade, o custo e a satisfação do paciente. autovedamento, o que diminui a microinfiltração marginal (Rocha, 2023). De acordo com Baratieri e Monteiro Júnior (2013), a melhor restauração é aquela que alcança o equilíbrio entre a técnica, o conservadorismo do preparo, a longevidade, o custo e a satisfação do paciente. autovedamento, o que diminui a microinfiltração marginal (Rocha, 2023).

Durante a restauração foi utilizada a matriz de aço com cunha de madeira, pois a falta de paredes proximais, nesse caso a falta da parede distal, dificulta a condensação do amálgama, e o uso da matriz ajuda na reconstrução do contorno anatômico e reestabelece o ponto de contato. O amálgama foi levado em pequenas porções para a cavidade através de um instrumental porta-amálgama (Figura 23), em seguida o material foi condensado com um condensador (Figura 24); esse instrumental é utilizado também para fazer a remoção dos excessos de amálgama. Logo em seguida foi realizada a escultura usando a sonda exploradora número 5 e, por fim, foi feita a brunidura da face oclusal usando um brunidor, a brunidura é realizada com o intuito de melhorar a adaptação do material às margens do preparo cavitário. O acabamento e o polimento foram feitos com um *kit* de acabamento, e o polimento de amálgama com granulação decrescente (Figura 25) e uma radiografia final foi realizada (Figura 26).

**Figura 23 – Introdução do amálgama na cavidade dental.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

**Figura 24 – Condensação do amálgama.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

**Figura 25 – Fotografia da condição final da restauração.**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

**Figura 26 – Radiografia final (dente 26).**



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

O amálgama é um material restaurador usado na odontologia há muitos anos e possui evidências científicas de sucesso clínico (Moura, 2021). O prognóstico desse

caso é excelente, pois o material restaurador junto com o sistema de matrizes e cunhas utilizados possibilitaram um melhor ponto de contato (área onde dois dentes vizinhos se tocam). O ponto de contato serve para evitar o acúmulo de bactérias e alimentos entre os dentes e também para a manutenção da oclusão (Silva, 2021).

### 2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Júllia Henrique

Meu nome é Júllia Henrique, tenho 22 anos e sou natural de Lavras, Minas Gerais. Desde a infância tive experiências positivas com dentistas, o que despertou em mim o desejo de cuidar dos meus dentes. Minha trajetória começou no CAIC, onde tive meu primeiro contato com um consultório odontológico e fiquei encantada com as palestras dos dentistas. Durante um levantamento realizado pela escola, fui premiada pela melhor avaliação feita pela dentista, conquistando o primeiro lugar. Recebi um *kit* de higiene bucal e livros de contos infantis sobre saúde bucal, e a partir desse momento meu interesse pela odontologia começou a crescer.

Aos 8 anos sofri um acidente de bicicleta que resultou em fratura do terço incisal quebrei do dente 11, o que impactou minha autoestima e me fez evitar sorrir. Porém, quando a dentista restaurou meu dente, saí do consultório com um sorriso que valia mais que qualquer coisa. Foi nesse dia que percebi o poder transformador da odontologia, e a restauração daquele dente despertou meu interesse definitivo por essa profissão.

Concluí o ensino fundamental e médio no colégio Unilavras, onde sempre tive uma ligação com a faculdade, passando pela clínica odontológica e sonhando em um dia atuar ali. Em 2019 finalizei o ensino médio, fiz o vestibular e, com minha aprovação, ingressei no tão sonhado curso de odontologia. Minha mãe sempre foi um grande apoio, uma mulher guerreira que enfrentou dificuldades para realizar meus sonhos e me ensinou a buscar o que quero sem prejudicar os outros.

Ao iniciar o curso de odontologia em 2020, enfrentei desafios, sendo o principal a pandemia. No entanto, com o suporte da instituição UNILAVRAS, consegui superar essas dificuldades. O comprometimento com as disciplinas e as clínicas se tornou cada vez mais sério, mas eu sabia que essa jornada não seria fácil. Enfrentar esses desafios ao lado de amigas verdadeiras tornou tudo mais leve e gratificante.

#### 2.3.1 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Júllia Henrique

Paciente do sexo feminino, 5 anos, retornou à clínica de odontopediatria do UNILAVRAS para tratamento de rotina. Como já existia um prontuário, foi necessária uma reavaliação da anamnese, além de um novo exame clínico e ortodôntico. A paciente apresentava dentição decídua com tecidos gengivais e periodontais

saudáveis. No exame clínico foram diagnosticadas lesões cáries, tanto inativas quanto ativas.

No exame ortodôntico, a paciente foi avaliada sob um padrão III morfogenético, com sequência de erupção favorável e arco de Baume tipo II (sem diastemas nos dentes anteriores). Observaram-se trespasse vertical do tipo topo-a-topo e trespasse horizontal caracterizado por mordida cruzada anterior. O diagnóstico final da avaliação ortodôntica revelou atresia maxilar severa com mordida cruzada posterior e anterior bilateral de origem esquelética (Figuras 27 e 28).

A atresia maxilar é uma deformidade maxilofacial que se manifesta como uma discrepância transversal da maxila, resultando em um estreitamento da arcada superior (Pedreira *et al.*, 2010). Quando a maxila está atrésica, ocorre uma alteração em sua estrutura, interferindo no padrão de crescimento craniofacial e provocando mudanças na morfologia dentofacial, bem como nas funções do sistema estomatognático. Isso pode impactar negativamente os aspectos cognitivos e psicossociais do paciente (Cappellette Júnior *et al.*, 2014a).

De acordo com estudos, entre 8% e 18% das pessoas com alterações dentofaciais apresentam deficiência transversal da maxila, frequentemente decorrente de fatores genéticos (Souza; Mucheli; Herdy, 2013) e hábitos bucais deletérios (Beluzzo *et al.*, 2012). Portanto, um diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para normalizar a oclusão em pacientes em fase de crescimento, criando condições ideais de função e estética até a dentição permanente (Cappellette Júnior *et al.*, 2014b).

O tratamento poderá incluir a expansão rápida da maxila, se a paciente ainda estiver em fase de crescimento. Após a maturação óssea, a opção de tratamento será a intervenção cirúrgica (Mayrink *et al.*, 2010; Cappellette Júnior *et al.*, 2014a).

Figura 27 - Condições iniciais.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 28 - Condição inicial da maxila.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após o diagnóstico, foi decidido iniciar o tratamento ortodôntico o quanto antes, mesmo com a paciente tendo apenas 5 anos. Trata-se de uma criança colaborativa, e a família demonstrou grande interesse em solucionar o problema, especialmente porque a paciente apresentava respiração bucal. O tratamento precoce é fundamental para evitar a necessidade futura de uma cirurgia ortognática, que é um procedimento invasivo e de alto custo.

O tratamento escolhido foi o uso do disjuntor Hyrax. Este aparelho apresenta efeitos tanto ortodônticos quanto ortopédicos, sendo ativado por um parafuso expansor localizado no centro do dispositivo. A ativação do expansor provoca o rompimento da sutura palatina e um deslocamento ortodôntico que gera alterações

anatômicas na região, além de uma leve mudança na atividade muscular. Estas alterações são mínimas e não prejudiciais para a paciente quando comparadas aos benefícios proporcionados pelo tratamento (Siqueira; Almeida; Henriques, 2002).

Para o tratamento, foi realizada a moldagem da paciente utilizando silicone de condensação e inserção das bandas nos primeiros molares superiores (Figura 29). Essas bandas são fundamentais para garantir a eficácia do tratamento, pois os primeiros molares são os dentes mais resistentes e capazes de suportar a pressão necessária para movimentar os outros dentes. Em seguida, o gesso foi vazado e o modelo foi encaminhado ao laboratório para a confecção do disjuntor Hyrax (Figura 30).

Figura 29 – Molde com a inserção das bandas.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 30 – Disjuntor Hyrax.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Os componentes do disjuntor Hyrax incluem: bandas molares e colagem nos caninos decíduos, um parafuso expansor e duas extensões de fios de 1,2 mm que se estendem lingualmente pelos dentes posteriores e são soldadas nas extensões do parafuso. A cimentação da banda dos molares é feita com Ionômero de Vidro, devido a sua capacidade de adesão ao dente e sua liberação de fluor.

Entre as vantagens desse aparelho estão sua rigidez e ancoragem dentomucossuportada, permitindo a aplicação de forças intensas. Por outro lado, as desvantagens incluem a dificuldade de higiene bucal e o pequeno desconforto que o paciente pode sentir durante as ativações.

### 2.3.1.1 Tratamento

O protocolo de tratamento proposto consistiu em ativar o disjuntor Hyrax  $\frac{1}{4}$  de volta pela manhã e  $\frac{1}{4}$  de volta à noite, realizado pela mãe, que foi devidamente orientada, durante 14 dias. Esse procedimento visou promover a disjunção da sutura palatina mediana. As figuras 31 e 32 mostram a imagem radiográfica antes e após o rompimento da sutura palatina, respectivamente.

Figura 31 – Radiografia oclusal antes do rompimento da sutura palatina.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 32 – Radiografia oclusal depois do rompimento da sutura palatina.  
**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).



As figuras 33 e 34 mostram os aspectos clínicos antes e após o rompimento da sutura palatina, respectivamente.

Figura 33 – Antes do rompimento da sutura palatina.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 34 – Depois do rompimento da sutura palatina.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Após a disjunção adequada, o aparelho deve ser mantido como contenção por um período de 6 meses, permitindo a mineralização da sutura palatina mediana. Esse

tempo é crucial para garantir a estabilidade das alterações ortopédicas alcançadas durante o tratamento e promover um alinhamento adequado dos dentes (Figuras 35 e 36).

Figura 35 - Antes do tratamento.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 36 – Depois do tratamento.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2024).

A inclinação vestibular dos dentes de apoio pode ocorrer como um efeito colateral do uso do disjuntor Hyrax, especialmente se o dispositivo for ativado de maneira agressiva ou se a força não for distribuída de forma equilibrada.

A paciente retornou à clínica de Atividade Vocacional de Odontopediatria do UNILAVRAS em março de 2024 para reavaliação e remoção do disjuntor Hyrax. Durante a consulta, foi constatada a persistência da atresia severa, o que justificou a necessidade de um novo tratamento com o disjuntor Hyrax. Um novo molde (Figura 37) foi feito para a confecção de outro aparelho (Figura 38), que foi ativado com 2/4 de volta pela manhã e 2/4 de volta à noite, durante um período de 7 dias, para um novo rompimento da sutura palatina. As figuras 35 e 36 mostram os aspectos clínicos antes e após o rompimento da sutura palatina, respectivamente.

Figura 37 – Molde com inserção das bandas.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 38 – Disjuntor Hyrax no modelo de gesso.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 39 – Radiografia oclusal antes do novo rompimento da sutura palatina.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 40 – Radiografia oclusal depois do novo rompimento da sutura palatina.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 41 – Resultado final do tratamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

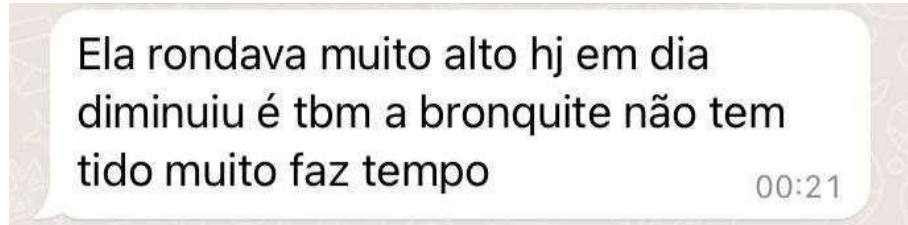
### 2.3.1.2 Benefícios adquiridos com o tratamento

O tratamento com o disjuntor Hyrax proporcionou diversos benefícios para a paciente, incluindo:

- **Correção da mordida cruzada anterior:** a correção da mordida não só melhorou a estética do sorriso, mas também ajudou a prevenir potenciais problemas de saúde bucal no futuro (Figuras 41 e 43).
- **Melhora da respiração:** o tratamento facilitou o fluxo de ar pelas vias aéreas superiores, contribuindo para uma respiração mais eficaz. Isto também impactou positivamente a fala da paciente, aliviando a congestão nasal e a obstrução respiratória, que eram frequentes.
- **Aumento da autoestima:** a paciente relatou sentir-se diferente de seus colegas devido ao seu “sorriso” anterior. Com a correção da mordida, houve uma notável melhora em sua autoestima.

- **Melhorias no sono e padrão respiratório:** a mãe da paciente notou melhorias durante o sono e uma mudança significativa no padrão respiratório, relatadas por meio de mensagens no WhatsApp, conforme evidenciado na Figura 42.

Figura 42 – Retorno positivo dos pais, via WhatsApp.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 43 - Condições finais.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

### 2.3.1.3 Prognóstico

O tratamento precoce realizado com o disjuntor Hyrax teve um impacto significativo no prognóstico da paciente. Quanto mais cedo a intervenção, maiores são as chances de resultados positivos. Ao iniciar o tratamento na infância, foi possível evitar a necessidade de uma cirurgia ortognática no futuro, que apresenta maiores riscos e um prognóstico menos favorável. Dessa forma, o sucesso do tratamento ortodôntico não apenas melhorou a saúde bucal da paciente, mas também

potencializou suas perspectivas de desenvolvimento adequado da arcada dentária e facial, proporcionando um prognóstico positivo.

A paciente retornará a clínica do Unilavras para remover o disjuntor Hyrax, após 6 meses. E se for necessário, realizar um novo tratamento.

## 2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Rafaela Ferreira Resende

Meu nome é Rafaela Ferreira Resende, tenho 27 anos, e a odontologia surgiu na minha vida muito cedo. Sempre fui encantada pela área da saúde e principalmente pela minha dentista amiga da minha mãe. Quando cursei o terceiro ano no colégio eu já tinha certeza da minha escolha no vestibular.

Prestei prova em Belo Horizonte, onde passei e fui cursar odontologia. Estudei na Faculdade Newton Paiva, instituição na qual passei pelos melhores momentos da minha vida, mas quando eu estava no quarto período descobri que estava grávida, acabei o semestre e voltei à minha cidade, Campo Belo.

Após o nascimento da minha filha Maria Valentina, eu tinha o desejo de voltar a estudar e, ao mesmo tempo, não queria ficar distante dela, então optei por transferir para Lavras, que seria a cidade mais próxima da minha que me possibilitaria ir e voltar todos os dias. E assim fiz.

No começo senti muita dificuldade porque ela era muito dependente de mim ainda, passava a noite em claro, e eu não consegui aguentar a rotina. Fiquei um tempo afastada da faculdade e assim que eu percebi que era a hora certa voltei a cursar odontologia e a correr atrás do meu tão sonhado diploma.

Entre em uma sala que graças a Deus fiz grandes amizades que foram essenciais nesse processo, pois ainda continuo indo e voltando para minha cidade todos os dias. Não é fácil, mas cada dia que passa estou mais perto da vitória.

Mantenedor de espaço fixo estético:

O mantenedor de espaço fixo estético oferece uma série de benefícios, incluindo:

- **Preservação do espaço:** ajuda a manter o espaço necessário para o dente permanente que ainda não erupcionou.
- **Estética:** oferece uma solução discreta e estética para a manutenção do espaço, evitando a perda da estrutura facial e dentária.
- **Suporte funcional:** contribui para a manutenção da função mastigatória e da articulação temporomandibular.
- **Prevenção de problemas futuros:** evita problemas de má oclusão e possíveis necessidades de tratamento ortodôntico mais invasivo no futuro.
- **Conforto:** proporciona conforto ao paciente, permitindo que ele se adapte facilmente ao dispositivo e continue com suas atividades diárias normais.

Para classificar os mantenedores de espaço, Modesto (2010) destaca os tipos de aparelhos funcionais e estético-funcionais. Os dispositivos removíveis e estético-funcionais são confeccionados em resina acrílica, sendo possível adicionar em sua fabricação dentes em resina acrílica, devolvendo estética e função ao paciente. O dispositivo fixo seria proposto diante de um caso clínico em que o paciente tem pouca idade e não apresenta colaboração para o uso do aparelho.

A retenção prolongada de dentes decíduos anteriores pode resultar na erupção ectópica e/ou impactação do elemento sucessor, fator desagradável ao indivíduo, uma vez que pode afetar a estética do seu sorriso, comprometer a autoestima da criança

e sua personalidade, suscitando falta de confiança e falta de bem-estar psicológico. A ortodontia vem trabalhando na prevenção de más oclusões, entre elas as decorrentes da perda de espaço para a erupção dos elementos permanentes (Silva; Stuani; Queiroz, 2007).

Dentes impactados são elementos dentários com atraso na erupção devido a uma barreira física que impede o curso adequado da erupção. Essa anomalia possui causas multifatoriais e necessita de intervenção imediata. A impactação, quando em dentes permanentes ainda não erupcionados, só pode ser perceptível diante de exame radiográfico (Machado *et al.*, 2007). Diante da impactação de elementos dentários permanentes, existe a necessidade de acompanhamento clínico do paciente pelo risco da migração dos elementos adjacentes, ocasionando perda de espaço no arco dentário para a erupção do elemento sucessor (Gatti; Maahs; Berthold, 2012).

A escolha do tipo do dispositivo deve ser baseada nos princípios biológicos e científicos, nas necessidades de cada paciente, na idade do indivíduo, bem como em sua capacidade de higienização bucal e seu grau de colaboração durante o período de tratamento (Silva; Stuani; Queiroz, 2007).

Segundo McDonald e Avery (1986), o fechamento do espaço ocorre com maior intensidade durante os primeiros seis meses após a perda prematura do dente decíduo. Se um molar decíduo é perdido ou extraído precocemente, os dentes que se encontram mesial e distalmente a ele, tendem a migrar ou são forçados para o espaço resultante. Quando o segundo molar decíduo é perdido precocemente e o segundo molar permanente se encontra mais desenvolvido que o segundo pré-molar, haverá a possibilidade de o molar exercer uma força sobre o primeiro molar permanente, ocorrendo, assim, a migração deste ou até mesmo sua impactação.

O mesmo ocorrerá com a perda precoce do primeiro molar decíduo se for perdido prematuramente, pois se isto ocorrer durante a época de erupção ativa do primeiro molar permanente, uma forte força para mesial será exercida sobre o segundo molar decíduo, causando sua inclinação para o espaço necessário para erupção do primeiro pré-molar; da mesma forma o canino decíduo pode migrar.

#### 2.4.1.1 Tipos de mantenedores

#### 2.4.1.2 Mantenedor de espaço com coroa estética

Esse tipo de mantenedor incorpora uma coroa dentária estética que cobre o dente adjacente ao espaço deixado pela perda dentária. A coroa é confeccionada de material estético, como resina composta ou porcelana, combinando com a cor dos dentes naturais e proporcionando uma aparência natural.

#### 2.4.1.3 Mantenedor de espaço com dente artificial

Consiste em uma estrutura fixa que inclui um dente artificial para substituir temporariamente o dente perdido. Esse dente artificial é feito de materiais estéticos que imitam a aparência dos dentes naturais. É especialmente útil em áreas em que a estética é uma preocupação significativa, como os dentes anteriores.

#### 2.4.1.4 Mantenedor de espaço com banda e *loop*

Embora tradicionalmente menos estético, o mantenedor de banda e *loop* pode ser adaptado para ser mais discreto. Isso pode incluir o uso de materiais mais claros ou translúcidos para o *loop*, ou até mesmo a incorporação de resinas estéticas para camuflar o dispositivo.

Os mantenedores de espaço fixo estético desempenham um papel importante não só na preservação da função oral, mas também no bem-estar emocional dos pacientes, proporcionando uma solução que combina eficácia clínica e estética.

#### 2.4.2 Desenvolvimento do caso clínico realizado pela aluna Rafaela Ferreira

Resende

No dia 7 de novembro de 2023, durante os atendimentos da matéria de clínica integrada, em meu dia na urgência, chegou um menino de 12 anos com o rosto todo esfolado (Figura 44) e 3 incisivos avulsionados por completo (Figuras 45 e 46). Ele relatou que sofreu um acidente ao andar de bicicleta. Como o acidente aconteceu na sexta-feira e o dia do atendimento foi na terça-feira, já não havia mais possibilidade de um reimplante, pois recomendasse que o reimplante seja realizado até 6 horas após o acidente, porque após 6 horas o alveolo se encontra fechado, as células do tecido necrosadas e os dentes desidratados, e então na hora fiz a aplicação de *laser* nos machucados na mucosa. Foi aplicado o laser infravermelho de 3 jules que tem o comprimento de ondas menor e que era o necessário para o tipo de lesão, o laser tem como objetivo a regeneração tecidual, analgesia e aceleração da cicatrização.

Coincidentemente estava acontecendo a Clínica de Infantil no mesmo horário, então fui falar com o professor Ricardo, da pediatria, que se prontificou a fazer um mantenedor estético com os próprios dentes avulsionados, já que a idade do adolescente impossibilitava um implante.

O implante dental para ser realizado é necessário que a idade mínima do paciente seja de 18 anos, pois há um desenvolvimento osseo completo, existem casos em que o implante pode ser realizado antes dos 18 anos mas precisa de uma avaliação prévia, não sendo o caso do paciente que possuía apenas 12 anos.

A avulsão dentária tem como prevalência de 1 a 2% na crianças e as idades mais afetadas são de 7 a 10 anos, os dentes mais afetados nesse tipo de acidente são os incisivos centrais superiores

Figura 44 - Estado inicial do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 45 – Incisivos avulsionados.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 46 - Incisivos avulsionados.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Começamos colocando o elástico separador ortodôntico (Figura 47) no mesmo dia, que tem como finalidade fazer a separação interdental para instalação das bandas e fizemos a escolha das bandas de acordo com o tamanho do dente que elas seriam instaladas; demos um prazo de uma semana para começar a moldagem para que a gengiva do paciente desinchasse e para que as lesões melhorassem.

Figura 47 – Elástico para separação dental.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Na outra semana ele voltou para moldagem e avaliação. Com a ajuda do aluno monitor Gabriel Damaceno, foi soldado o arco de aço nas bandas escolhidas enquanto eu cortava a raiz dos dentes utilizando a broca minicut formato de agulha para que ficassem somente as coroas para serem usadas no mantenedor (Figuras 48 e 49). As bandas foram cimentadas com ionomero de vidro que tem como propriedade a liberação do fluor, que aumenta a capacidade de duração do cimento nos dentes. Após a instalação a oclusão foi testada e estava correta. O prognóstico é favorável visto que o mantenedor se não for quebrado pode ficar instalado até quando for necessario a troca. É necessario trocar quando o paciente tiver um desenvolvimento e o matenedor começar ficar pequeno na boca.

Passei as recomendações para o paciente que ele não poderia comer nada duro e nem moder nada com os dentes anteriores, deve manter uma boa higienização e ter visitas periodicas ao dentista para avaliação do mantenedor.

O paciente fez dois retornos após instalação, e relatou ter achado que seu sorriso ficou ate mais bonito, pois ele havia um diastema entre os incisivos centrais superiores, ele ficou muito satisfeito pois achava que teria que ficar sem os dentes até a data do possivel implante

Figura 48 – Mantenedor de espaço estético finalizado.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 49 – Resultado final.



**Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2023).

### 3 AUTOAVALIAÇÃO

#### 3.1 Autoavaliação da aluna Bruna Godinho Buscácio

Durante esses cinco anos de graduação, aprendi que para concretizar sonhos é fundamental ter disciplina e força de vontade, especialmente nos momentos mais desafiadores. É igualmente essencial contar com pessoas de confiança que ofereçam apoio, tanto dentro quanto fora da faculdade.

Enfrentei diversos obstáculos ao longo do curso, começando logo no início de 2020, quando, no primeiro período, fomos surpreendidos pela pandemia, que exigiu a adoção do ensino a distância. Passei por uma fase difícil, diagnosticada com depressão, questionando se a odontologia realmente era o que eu desejava. Durante esse tempo, realizei uma cirurgia ortognática, necessitando de um período de recuperação no pós-operatório, o que me afastou das aulas. Também perdi pessoas importantes em minha vida, como minha avó e meus tios. Esses momentos difíceis me fizeram perceber a importância dos colegas, que me auxiliaram com as matérias perdidas e me incentivaram nos estudos, assim como minha família e amigos, que sempre torceram pela minha felicidade. Sem esse suporte teria sido imensamente mais desafiador enfrentar essas situações.

Além disso, não posso deixar de lembrar de cada paciente que atendi ao longo da graduação. Eles foram essenciais para meu aprendizado e crescimento, tanto como profissional da saúde quanto como pessoa. Sou grata por ter concluído esse caso clínico com sucesso, pois pude testemunhar, ao final do tratamento, o sorriso no rosto de um paciente tão especial e marcante em minha trajetória. Esse momento foi transformador, e certamente o lembrarei no futuro com muita felicidade e gratidão. Hoje sinto-me completamente realizada com o meu curso e confiante na escolha que fiz lá no final de 2019.

#### 3.2 Autoavaliação da aluna Eduarda Victorya Morais Alvarenga

A odontologia sempre foi uma certeza em minha vida, um sonho de criança que a cada dia estou mais próxima de concretizar. Durante a minha trajetória da graduação passei por momentos difíceis, tive medos e receios, muitas vezes quis desistir, mas o amor por essa profissão sempre sobressaiu, fazendo com que eu lutasse diariamente

conta meus medos e dificuldades. Logo, os desafios que encontrei durante a graduação me fizeram evoluir não só como pessoa, mas também como profissional, fazendo com que o meu profissionalismo sempre sobressaísse, e com isso pude zelar pelos meus pacientes. Levarei comigo as palavras de gratidão que recebi deles e encheram meu coração de alegria.

A respeito do meu caso clínico, decidi apresentá-lo por ter me chamado a atenção devido ao uso do amálgama, um material restaurador que cada vez mais não optamos por usá-lo, porém quando analisamos o caso como um todo, em conjunto com as características do paciente, podemos observar que ele é o material de eleição, e por isso nesse momento vejo o quanto é importante individualizar cada caso.

### 3.3 Autoavaliação da aluna Júlia Henrique

Ao longo desses cinco anos, minha trajetória na graduação foi marcada por desafios que exigiram aprendizado constante, seja de maneira forçada ou não. Desde o início, em março de 2020, enfrentei o impacto da pandemia, que mudou nossa rotina. Contudo, com a colaboração da instituição, professores e colegas, conseguimos manter os estudos de forma remota, superando as dificuldades.

Depois, vieram os laboratórios e as avaliações presenciais, momentos que demandaram horas de dedicação e preparação, culminando na tão esperada Clínica Integrada. Os primeiros atendimentos, embora carregados de nervosismo, foram recheados de gratidão por estar construindo minha história. Concluir essa fase traz um profundo sentimento de dever cumprido.

Não posso deixar de agradecer a Deus, que me proporcionou sabedoria e discernimento para seguir em frente, e à minha mãe, uma guerreira que sempre lutou para que meu sonho se tornasse realidade. Essa jornada também foi suavizada pelas amizades que construí ao longo do caminho.

Acredito firmemente na lei da sementeira: tudo que plantamos, colhemos. Hoje, em 2024, adentro a Clínica Odontológica do UNILAVRAS com a certeza de que plantei apenas coisas boas, e confio que Deus cuidará do que está por vir. Realizar o sonho de uma garotinha de 6 anos é, sem dúvida, minha maior realização.

### 3.4 Autoavaliação da aluna Rafaela Ferreira Resende

Esse caso clínico com certeza vai ficar marcado na minha trajetória, pois reabilitei e trouxe de volta a estética para um menino de apenas 12 anos que havia perdido seus incisivos, tendo sido muito gratificante. Terminei essa etapa com o coração cheio de emoção e gratidão, e com a certeza de dever cumprido. Carregarei sempre as lembranças e aprendizados com muito carinho. A graduação fez com que eu aprendesse e amadurecesse muito. Tenho muita gratidão por todos que passaram na minha vida nesse tempo. A odontologia me transformou.

## 4 CONCLUSÃO

Chegamos até aqui com uma visão abrangente das necessidades e particularidades de cada paciente, aprendendo sobre uma odontologia humanizada e de total respeito. Hoje, podemos afirmar que temos a capacidade de ajudar o próximo, aliviando ao menos parte de seus desconfortos e proporcionando qualidade de vida e saúde em nossa atuação. Isso se deve aos ensinamentos valiosos de nossos professores durante o curso de Odontologia na UNILAVRAS.

Obtivemos uma visão abrangente da integralidade nas especialidades odontológicas. Este trabalho destacou a relevância do sorriso para a saúde bucal e o bem-estar geral, evidenciando como um sorriso saudável pode influenciar positivamente a autoestima, autoconfiança, qualidade de vida e saúde mental e emocional dos pacientes.

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso fortaleceu nossa união e troca de conhecimentos, pois nenhuma experiência é isolada. Concluímos que, com o que aprendemos ao longo desses cinco anos com nossos mestres e doutores, tanto em técnicas quanto em princípios, estamos prontos para promover saúde e auxiliar o próximo, sempre priorizando esses três princípios: saúde, função e estética. Para isso, é essencial permanecermos fiéis à ciência, buscando constantemente atualizar e aprimorar nossos conhecimentos, habilidades e técnicas, pois o ser humano deve ser visto como um todo único e individual, e não de maneira separada.

## REFERÊNCIAS

ABBOTT, Paul Vincent; HEAH, S. Y. S. Internal bleaching of teeth: an analysis of 255 teeth. **Australian Dental Journal**, [Australia], v. 54, n. 4, p. 326-333, Dec. 2009.

ALVES, Layla Narrely Santos; VASCONCELOS, Marcelo Gadelha; VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha. A influência da sorção e solubilidade nas propriedades dos compósitos resinosos: uma revisão de literatura. **Revista Salusvita – Ciências Biológicas e da Saúde**, [s.l.], p. 47-70, maio 2022.

BARATIERI, Luiz Narciso; MONTEIRO JÚNIOR, Sylvio. **Odontologia restauradora, fundamentos e técnicas**. Santos: Guanabara Koogan, 2013.

BELUZZO, Regina Helena Lourenço *et al.* Atresia maxilar: há diferenças entre as regiões anterior e posterior? **Dental Press Journal of Orthodontics**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1-6, ago. 2012.

BONATO, Rafaela Ladeira *et al.* Uso do hidróxido de cálcio na odontologia. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, Juiz de Fora, v. 17, p. 1-2, 2023.

BRIGHTON, Diane M.; HARRINGTON, Gerald W.; NICHOLLS, Jack I. Intracanal isolating barriers as they relate to bleaching. **Journal of Endodontics**, Baltimore, v. 20, n. 5, p. 228-232, May 1994.

CAPPELLETTE JÚNIOR, Mário *et al.* Repercussão da disjunção maxilar na qualidade vida. *In*: CAPPELLETTE JÚNIOR, Mário. **Disjunção Maxilar**. São Paulo: Santos, 2014a.

CAPPELLETTE JÚNIOR, Mário *et al.* Etiologia da atresia maxilar. *In*: CAPPELLETTE JÚNIOR, Mário. **Disjunção maxilar**. São Paulo: Santos, 2014b.

DOTTA, Tatiane Cristina *et al.* **Manual de materiais dentários**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. 282 p. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5671955/mod\\_resource/content/1/Manual\\_2020.pdf#page=58](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5671955/mod_resource/content/1/Manual_2020.pdf#page=58). Acesso em: 25 set. 2024.

FRANCO, Amanda Gonçalves *et al.* Medicamentos psicotrópicos e a sua correlação com o sistema estomatognático na pandemia do covid-19: uma revisão de literatura. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, Campinas, v. 5, p. 1-12, jul. 2022.

GATTI, Fernanda do Santos; MAAHS, Marcia Angelica Peter; BERTHOLD, Telmo Bandeira. Arco lingual como mantenedor de espaço na perda precoce de dentes decíduos. **RFO UPF**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 91-95, jan./abr. 2012.

KAPOURANI, Afroditi *et al.* Uma revisão sobre a xerostomia e suas várias estratégias de tratamento: o papel dos materiais poliméricos avançados nas abordagens de tratamento. **Polymers**, [Switzerland], v. 14, n. 5, Feb. 2022.

KINOMOTO, Y.; CARNES JÚNIOR, D. L.; EBISU, S. Cytotoxicity of intracanal bleaching agents on periodontal ligament cells in vitro. **Journal of Endodontics**, [Baltimore], v. 27, n. 9, p. 574–577, Sept. 2001.

LOPES, Amanda Lúcia Silva *et al.* Efeitos da esquizofrenia na saúde bucal- interação medicamentosa e comportamental. **Revista em Saúde**, Goianésia, v. 1, n. 1, p. 1-4, jul. 2020.

MACHADO, André Wilson *et al.* Erupção espontânea de incisivos centrais superiores impactados após a abertura ortodôntica de espaço. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 5, n. 6, p. 43-52, jan. 2007.

MACHADO, Ariadny Thayla *et al.* Avaliação das doses em tecidos durante radiografia interproximal: estudo por simulação de Monte Carlo. **Revista Brasileira de Física Médica**, São Paulo, v. 16, dez. 2022.

MAYRINK, Gabriela *et al.* Correção de deformidade transversa de maxila associada à cirurgia ortognática: um ou dois tempos cirúrgicos? **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 33-38, jul./set. 2010.

MCDONALD, Ralph E.; A VERY, David R. Controle de problemas de manutenção de espaço. *In*: MCDONALD, Ralph E. **Odontopediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1986. cap.20, p.427-460.

MODESTO, Sara da Silva. **Mantenedores de espaço**. 2010. Monografia (Habilitação Profissional Técnica de Prótese Dentária) - Etec "Philadelfo Gouvêa Netto", São José do Rio Preto, 2010.

MOURA, Hudson Luiz do Nascimento. **Panorama do uso do Amálgama na clínica odontológica**. 2021. 42 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Cirurgião Dentista) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

NEVES, Melissa *et al.* Prescrição medicamentosa em odontologia, suas normas e condutas: uma revisão de literatura. **Estação Científica**, Juiz de Fora, v. 15, dez. 2023.

OLIVEIRA, L. D. *et al.* C. Barreira cervical para realização de clareamento interno em dentes desvitalizados. **Jornal Brasileiro de Endodontia**, Curitiba, v. 3, n. 10, p. 241–245, jul./set. 2002.

PEDREIRA, Marina Gomes *et al.* Avaliação da atresia maxilar associada ao tipo facial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, [Maringá], v. 15, n. 3, p. 71–77, maio/jun. 2010.

ROCHA, Maille Ferreira Nunes. **Nomenclatura e Classificação das Cavidades**. Itabuna: Editora Científica, 2023. Disponível em [em0e%20classifica%C3%A7%C3%A3o.pdf](#). Acesso em: 25 set. 2024.

SILVA, Ana Paula Rodrigues. **Sistemas de matrizes e cunhas para restabelecer o contato proximal em restaurações classe II compostas e complexas.** 2021. 22 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Cirurgião Dentista) - Universidade de Uberaba, Uberaba, 2021.

SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula e; STUANI, Adriana Sasso; QUEIROZ, Alexandra Mossolino de. Importância da manutenção de espaço em odontopediatria. **Odontologia Clínico-Científica**, Camaragibe, v. 6, n. 4, p. 289-92, out./dez. 2007.

SIQUEIRA, Danilo Furquim; ALMEIDA, Renato Rodrigues de; HENRIQUES, Jose Fernando Castanha. Estudo comparativo, por meio de análise cefalométrica em norma frontal, dos efeitos dentoalveolares produzidos por três tipos de expansores palatines. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 7, n. 6, p. 27-47, nov./dez. 2002.

SOUZA, Bárbara Henriques; MUCHELI, Estéfani Cardoso; HERDY, José Luiz. Mordida cruzada posterior na dentadura definitiva e mista – Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 1-10, jan. 2013.

WARREN, Mack A.; WONG, Marston; INGRAM III, Timothy A. An in vitro comparison of bleaching agents on the crowns and roots of discolored teeth. **Journal of Endodontics**, [Baltimore], v. 16, n. 10, p. 463–467, Oct. 1990.