



UNILAVRAS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

BRUNO ABDALLA CAETANO

CAMILA VITÓRIA ÁZARA

DANIELA PINTO MESQUITA DE ASSIS

NICOLAS CARVALHO NASCIMENTO

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2024

BRUNO ABDALLA CAETANO
CAMILA VITÓRIA ÁZARA
DANIELA PINTO MESQUITA DE ASSIS
NICOLAS CARVALHO NASCIMENTO

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

2024

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

C128p Caetano, Bruno Abdalla.
Portfólio acadêmico / Bruno Abdalla Caetano, Camila Vitória Ázara,
Daniela Mesquita Pinto de Assis, Nicolas Carvalho Nascimento. – Lavras:
Unilavras, 2024.

76f. : il.

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

Orientador: Prof.^a Renata de Carvalho Foureaux.

1. Cirurgia. 2. Prótese total imediata. 3. Endodontia. I. Ázara, Camila
Vitória. II. Assis, Daniela Mesquita Pinto de. III. Nascimento, Nicolas
Carvalho. IV. Foureaux, Renata de Carvalho. (Orient.). V. Título.

BRUNO ABDALLA CAETANO
CAMILA VITÓRIA ÁZARA
DANIELA PINTO MESQUITA DE ASSIS
NICOLAS CARVALHO NASCIMENTO

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADOS EM: _____ de _____ de _____.

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

Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares - Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS
Presidente da banca

LAVRAS-MG

2024

AGRADECIMENTOS

Expressar gratidão é reconhecer que nenhuma conquista é alcançada de forma isolada. Ao concluirmos mais uma etapa importante em nossas vidas, dedicamos esta vitória a Deus. Sem sua graça e orientação, esta realização teria sido impossível. Suas bênçãos e Seu amor incondicional nos forneceram a força e a inspiração necessárias ao longo de toda esta jornada.

Aos nossos pais, nossa gratidão é infinita por sempre acreditarem em nós e nos encorajarem a perseguir nossos sonhos. Vocês nos ofereceram as ferramentas e a educação necessárias para que alcançássemos esta conquista, e por isso, seremos eternamente gratos.

À nossa orientadora, Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux, somos profundamente gratos por seu apoio, orientação e pelo vasto conhecimento que compartilhou conosco ao longo da elaboração do nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Desde o início, seu interesse genuíno em nosso projeto e sua disposição para discutir nossas ideias e oferecer feedback construtivo foram cruciais para o nosso sucesso.

Aos nossos professores, agradecemos imensamente por compartilharem conosco sua vasta experiência e sabedoria. Sua dedicação e comprometimento foram essenciais para o nosso desenvolvimento acadêmico e para a conclusão bem-sucedida da nossa graduação.

Aos nossos pacientes, nossa sincera gratidão por confiarem em nosso trabalho e por nos permitirem aplicar na prática o conhecimento adquirido ao longo de nossos estudos. Por fim, aos colegas que fizeram parte deste portfólio, nossa mais profunda gratidão pelo carinho, companheirismo e pelas valiosas experiências compartilhadas. Que continuemos a cultivar nossa amizade e apoio mútuo, independentemente dos caminhos que cada um de nós escolher seguir.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia panorâmica	5
Figura 2 – Receita odontológica pré-operatória	16
Figura 3 – Mesa cirúrgica montada	20
Figura 4 – Ato cirúrgico - Sutura	21
Figura 5 – Receita odontológica pós-operatória	22
Figura 6 – Solicitação da radiografia panorâmica	25
Figura 7 – Radiografia panorâmica	26
Figura 8 – Presença de biofilme espesso	27
Figura 9 – Radiografias interproximais.....	29
Figura 10 – Radiografia periapical do Mesiodens.....	29
Figura 11 – Registro da dieta do paciente	29
Figura 12 – Lesão herpética em fase de crosta	30
Figura 13 – Formas de transmissão do HSV-1.....	31
Figura 14 – Laser DMC Therapy EC	32
Figura 15 – Comprimento de ondas da luz	33
Figura 16 – Laser DMC ajustado na cor vermelha a 1 Joule	33
Figura 17 – Cicatrização da lesão do Herpes Simplex	34
Figura 18 – Anestésico tópico utilizado	35
Figura 19 – Técnica anestésica infiltrativa no supranumerário por vestibular	35
Figura 20 – Técnica anestésica infiltrativa no supranumerário complementada por palatino	36
Figura 21 – Técnica anestésica interpapilar na mesial do supranumerário	36
Figura 22 – Técnica anestésica interpapilar na distal do supranumerário	36
Figura 23 – Descolamento do tecido	37
Figura 24 – Luxação do supranumerário com Alavanca Reta	38
Figura 25 – Extração do supranumerário com Fórceps	38
Figura 26 – Remoção do supranumerário do alvéolo.....	38
Figura 27 – Supranumerário mesiodens após remoção cirúrgica	39
Figura 28 – Sutura com ponto simples realizada.....	39
Figura 29 – Orientações pós-operatórias.....	40
Figura 30 – Radiografia periapical do elemento 47	43
Figura 31 – Radiografia periapical do elemento 27	44

Figura 32 – Radiografia periapical do elemento 44 e 45	44
Figura 33 – Radiografia periapical do elemento 23	45
Figura 34 – Radiografia panorâmica	45
Figura 35 – Modelo superior em articulador	47
Figura 36 – Modelo articulado com dentes em cera	48
Figura 37 – Rebordo alveolar logo após a cirurgia	49
Figura 38 – Prótese Total Imediata (PTI) - Resultado final	51
Figura 39 – Candidíase no palato duro	52
Figura 40 – Azul de Metileno na região afetada	53
Figura 41 – Uso do Laser na área afetada	53
Figura 42 – Terapia Fotodinâmica (PDT) na prótese total imediata	54
Figura 43 – Lesão uma semana após a aplicação da Terapia Fotodinâmica (PDT)	54
Figura 44 – Registro do antes (esquerda) e depois (direita) do procedimento	55
Figura 45 – Radiografia pericapical da paciente	57
Figura 46 – Radiografia de controle	60
Figura 47 – Mesa clínica (esquerda) e mesa auxiliar (direita)	61
Figura 48 – Radiografia de odontometria do elemento 21	62
Figura 49 – Raio-X Lima Memória do elemento 21	64
Figura 50 – Radiografia de conometria do elemento 21	65
Figura 51 – Radiografia final do elemento 21	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas do dente	61
Tabela 2 – Comprimento de instrumentação64	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAD – Comprimento Aparente do Dente

CAIC – Escola Municipal Itália Cautiero Franco

CBCT – Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

CD – Cirurgião-Dentista

COVID-19 – Coronavírus

CRD – Canal Real do Dente

CRI – Comprimento Real do Instrumento

CRT – Comprimento de Trabalho

Dra. – Doutora

DV – Dimensão Vertical

DVO – Dimensão Vertical de Oclusão

DVR – Dimensão Vertical de Repouso

EDTA – Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

GG – Gates Glidden

HSV-1 – Herpes Simples Labial

IAF – Instrumento Apical Foraminal

J – Joules

mg – Miligrama

MIH – Máxima Intercuspidação Habitual

MG – Minas Gerais

ml – Mililitro

mm – Milímetro

Ms. – Mestre

nº - número

nm – Nanômetro

PAS – Processo de Avaliação Seriada

PDT – Terapia Fotodinâmica

pH – Potencial Hidrogeniônico

PPR – Prótese Parcial Removível

Profa. – Professora

PTD – Prótese Total Definitiva

PTI – Prótese Total Imediata

PTI – Prótese Total Inferior

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFLA – Universidade Federal de Lavras

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Bruno Abdalla Caetano	13
2.1.1 Desenvolvimento da atividade	14
2.1.2 Descrição do Ato Cirúrgico.....	17
2.1.2.1 Instrumentais.....	17
2.1.2.2 Instrumentos de Exame e Acesso.....	17
2.1.2.3 Instrumentos de Retração e Exposição.....	18
2.1.2.4 Instrumentos de Alavancagem e Extração.....	18
2.1.2.5 Instrumentos de Curetagem e Descolamento.....	18
2.1.2.6 Instrumentos de Manutenção Óssea.....	18
2.1.2.7 Instrumentos de Corte e Sutura.....	18
2.1.2.8 Pinças e Instrumentos de Apreensão.....	19
2.1.2.9 Outros Materiais e Instrumentos.....	19
2.1.3 Procedimento Cirúrgico.....	20
2.1.4 Pós-operatório.....	23
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Camila Vitória Ázara	24
2.2.1 Desenvolvimento da atividade.....	24
2.2.2 Hiperdontia.....	25
2.2.3 Mesiodens.....	27
2.2.4 Herpes Simples Labial.....	30
2.2.5 Descrição do ato cirúrgico.....	34
2.2.6 Medicação pós operatória.....	40
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Daniela Pinto Mesquita de Assis	41
2.3.1 Desenvolvimento da atividade	43
2.3.2 Cirurgia.....	48
2.3.3 Instalação da Prótese Total Imediata.....	50
2.3.4 Candidíase.....	51
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Nicolas Carvalho Nascimento	56
2.4.1 Desenvolvimento da atividade.....	57
3 AUTOAVALIAÇÃO	68
3.1 Autoavaliação do aluno Bruno Abdalla Caetano	68
3.2 Autoavaliação da aluna Camila Vitória Ázara	69
3.3 Autoavaliação da aluna Daniela Pinto Mesquita de Assis	70
3.4 Autoavaliação do aluno Nicolas Carvalho Nascimento	70
4 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

Estamos imensamente gratos por termos alcançado nossos objetivos na Odontologia. A cada dia, reafirmamos a certeza de que a escolha dessa profissão foi a mais acertada para nós. Conscientes do impacto significativo que podemos ter na vida das pessoas, sabemos que colheremos grandes frutos ao promover a saúde e elevar a autoestima de nossos pacientes. A Odontologia nos oferece a incrível oportunidade de transformar vidas e essa consciência nos motiva a seguir fazendo a diferença.

Praticar a Odontologia com paixão e compromisso nos recompensa com a satisfação e o sorriso genuíno de nossos pacientes. A chance de contribuir positivamente para a saúde bucal e o bem-estar da nossa comunidade é algo pelo qual somos profundamente agradecidos.

Este portfólio representa nosso esforço constante em aprimorar nossas competências e conhecimentos, com o objetivo de oferecer um atendimento de excelência. A experiência adquirida na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) tem sido fundamental para o nosso desenvolvimento profissional. Estamos ansiosos para compartilhar essas vivências e esperamos que este trabalho reflita nosso compromisso em promover a saúde oral e a autoestima de nossos pacientes.

O aluno Bruno Abdalla Caetano apresentará um relato clínico de um paciente que compareceu à Clínica Odontológica do UNILAVRAS queixando-se de dor na região do terceiro molar inferior. Após a realização da anamnese e exame clínico, constatou-se que o paciente apresentava um processo inflamatório na região do terceiro molar inferior direito, diagnosticado como um quadro de pericoronarite aguda.

A aluna Camila Vitória Ázara apresentará um relato clínico de um paciente para realização de extração de um supranumerário erupcionado, conhecido como mesiodens. No decorrer das consultas, a criança compareceu com uma ferida no lábio superior que se estendia

para região do nariz. Obtivemos o diagnóstico como Herpes Simples Labial HSV-1. Como forma de tratamento utilizamos a fotobiomodulação.

A aluna Daniela Pinto Mesquita de Assis apresentará um relato clínico de uma paciente que compareceu à Clínica Odontológica queixando-se da mobilidade excessiva de suas próteses parciais removíveis (PPR) inferior e superior. Após o exame clínico e a realização de radiografias periapicais, constatou-se uma extensa perda óssea e um quadro de periodontite estágio IV, grau B. Dessa forma, a melhor opção foi a instalação de uma Prótese Total Inferior (PTI).

O aluno Nicolas Carvalho Nascimento apresentará um relato clínico de um paciente que compareceu à Clínica Odontológica com dor e inchaço próximo aos incisivos centrais superiores após uma queda. Foi identificado um abscesso periapical no dente 21 e uma fratura na borda incisal. Após a realização de uma radiografia periapical, testes térmicos e de percussão, foi diagnosticada necrose pulpar.

Concluimos, assim, esta breve introdução e passamos a discutir os casos mencionados de forma resumida. A seguir, eles serão apresentados em detalhes, oferecendo uma visão mais completa. Convidamos todos a continuar a leitura para se aprofundar nos conhecimentos compartilhados neste portfólio clínico, de maneira clara e acessível.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Bruno Abdalla Caetano

Meu nome é Bruno Abdalla Caetano, tenho 23 anos e sou natural de Lavras, Minas Gerais (MG). Desde jovem, tive o hábito de frequentar consultas dentárias, o que me proporcionou um contato constante com a profissão. Embora eu tenha sentido um pouco de medo no início, a dentista foi conquistando minha confiança aos poucos. Os pequenos gestos, como os brindes ao final das consultas, criaram um vínculo positivo e boas memórias desses momentos.

Ao final do ensino médio, descobri o curso de Odontologia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). Fiz o vestibular e passei para o curso de Odontologia, além de ter realizado o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Apesar de ter considerado outras opções, nenhuma despertou tanto interesse quanto a odontológica, então decidi dar uma chance à nova trajetória.

Com o tempo, comecei a me identificar com a profissão e percebi que havia feito a escolha certa. Apesar das dificuldades, a prática clínica revelou o quão gratificante é cuidar da saúde das pessoas, tanto em termos de saúde quanto de estética, que é crucial para o bem-estar mental e a autoestima. O agradecimento dos pacientes após um tratamento bem-sucedido é um aspecto muito gratificante.

Quando alguns pacientes começaram a me chamar de “doutor”, percebi o quanto estava próximo de alcançar o destino que sempre sonhei. A partir de então, me interessei pela área de cirurgia na clínica integrada. Contudo, devido à pandemia de COVID-19, a demanda por cirurgias diminuiu, e muitos pacientes estavam relutantes em realizar procedimentos cirúrgicos nesse período.

Após um ano, optei pela área cirúrgica e consegui atender vários pacientes. Um caso que me marcou envolveu um paciente com dor e inflamação periodontal na região do 3º molar.

O paciente foi triado por outro aluno e transferido para a vocacional de cirurgia para a extração dos 3º molares.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo masculino, 36 anos, procurou a clínica do Centro Universitário de Lavras em busca de tratamento odontológico. O paciente queixava-se de dor na região do 3º molar inferior, relatando dor intermitente.

Conforme os procedimentos padrões, foi realizada a anamnese, na qual o paciente não apresentou nenhum problema de saúde significativo. O exame clínico revelou um processo inflamatório na região do 3º molar inferior direito, caracterizando um quadro de pericoronarite aguda.

Foi solicitado ao paciente que realizasse uma radiografia panorâmica boca semiaberta (Figura 1). Na radiografia, observou-se a presença dos quatro 3º molares:

- 3º molar superior direito erupcionado;
- 3º molar inferior direito semi-incluído mesioangular;
- 3º molar superior esquerdo erupcionado;
- 3º molar inferior esquerdo incluído vertical.

Além disso, foi constatada a ausência do elemento dental 47.

Figura 1 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2024).

O paciente foi diagnosticado com retenção do 3º molar inferior direito, associado a um quadro de pericoronarite aguda. Segundo Cândido et al. (2014, p. 86),

A pericoronarite é um estado inflamatório de caráter infeccioso ou não, envolvendo o tecido mole localizado ao redor da coroa de um dente, geralmente um terceiro molar inferior em processo de erupção ou semi-incluso. Esta doença tem incidência aumentada na adolescência tardia até a juventude, durante o tempo de erupção dos terceiros molares (CÂNDIDO et al., 2014, p. 86).

Após o diagnóstico, foi elaborado um plano de tratamento, etapa crucial para o sucesso da cirurgia. Primeiramente, prescrevi Amoxicilina® 500 mg como antibiótico para controlar a inflamação pré-operatória, a ser administrada por três dias antes do procedimento cirúrgico (Figura 2). A exodontia dos 3 molares do lado direito, superior e inferior (elementos 18 e 48) foi planejada sob anestesia local. De acordo com Carregal (2018, p. 24),

O tratamento clínico da pericoronarite deve ser escolhido de acordo com a intensidade da inflamação, das complicações sistêmicas, e conveniência para preservar o dente afetado. Todo capuz pericoronário deve ser visto com suspeita. A indicação padrão de tratamento é a remoção do dente retido. A terapêutica imediata é o tratamento da fase aguda, para não só aliviar a dor do paciente, como também, evitar bacteremia ou septicemia no ato cirúrgico aplicado, se conservador ou invasivo. O tratamento paliativo ou imediato consiste em esfregar a hiperplasia com clorexidina a 0,12% ou água oxigenada 10V por 2 minutos, e além disso, orientar o paciente a fazer bochechos com solução de sal e água morna, repouso, ingestão abundante de líquido (CARREGAL, 2018, p. 24).

Figura 2 – Receita odontológica pré-operatória.

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

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: Montezópolis Tel. _____

Uso interno:

1- Amoxicilina 500mg ----- 21 cápsulas
Tomar 1 cápsula de 8 em 8 horas por 7 dias, começar 3 dias antes do procedimento cirúrgico

Lavras, 25/03/2024

Clínicas de Odontologia - UNILAVRAS

Dirigido-Dentista

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

Assinatura do (a) paciente: _____

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

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2024).

Após o procedimento cirúrgico, foram prescritas as seguintes medicações para o paciente:

- Para uso interno:

- Analgésico: Paracetamol[®] 500 mg;

- Anti-inflamatório: Dexametasona[®] 4 mg;

- Continuar o antibiótico (Amoxicilina[®] 500 mg) por um total de 7 dias, incluindo o período pré-operatório.

- Para uso externo:

- Digluconato de Clorexidina[®] 0,12%. Além das medicações, o paciente foi orientado sobre os cuidados pós-operatórios, destacando a importância de manter uma higiene oral adequada e seguir uma dieta macia para promover o conforto e garantir uma boa cicatrização.

2.1.2 Descrição do Ato Cirúrgico

Inicialmente, a mesa cirúrgica foi preparada (Figura 3), um passo fundamental para assegurar a organização e eficiência durante o procedimento. A escolha adequada dos instrumentais e materiais garante o acesso rápido e seguro às ferramentas essenciais. Neste caso, a mesa foi montada com os seguintes itens:

2.1.2.1 - Instrumentais:

- Broca 702 cirúrgica para Caneta de Alta Rotação

2.1.2.2 - Instrumentos de Exame e Acesso:

- Sonda Exploradora

- Pinça Clínica

- Espelho

2.1.2.3 - Instrumentos de Retração e Exposição:

- Afastador de Minnesota
- Abaixador de língua Bruenings

2.1.2.4 - Instrumentos de Alavancagem e Extração:

- Alavanca Apical Reta 301
- Alavanca Apexo 302
- Extrator Seldin 1L e 1R
- Fórceps 18R e 17

2.1.2.5 - Instrumentos de Curetagem e Descolamento:

- Cureta de Lucas
- Descolador de Freer
- Descolador de Molt 9

2.1.2.6 - Instrumentos de Manutenção Óssea:

- Lima Seldin
- Periótomo Reto

2.1.2.7 - Instrumentos de Corte e Sutura:

- Cabo para Bisturi
- Lâmina de Bisturi nº 15
- Fio de Nylon nº 4-0

2.1.2.8 - Pinças e Instrumentos de Apreensão:

- Pinça Dietrich
- Pinça Adson
- Pinça Hemostática Kelly Curva
- Pinça Hemostática Kelly Reta
- Pinça Allis
- Pinça Collin Oval
- Porta-Agulha (Mayo-Hegar)

2.1.2.9 - Outros Materiais e Instrumentos:

- Cuba inox para soro;
- Tesoura Goldman Fox serrilhada reta;
- Mangueira de silicone;
- Sugador cirúrgico;
- Seringa descartável de 20 ml;
- Agulha descartável;
- Gaze;
- Anestésico Articaína[®] 4%.

Figura 3 – Mesa cirúrgica montada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2024).

2.1.3 Procedimento Cirúrgico

Após a preparação da mesa cirúrgica, foi realizada a antissepsia intra-oral com Clorexidina[®] 0,12% e extra-oral com Clorexidina[®] 2%, visando reduzir a bacteremia na cavidade oral. De acordo com Pegoraro et al. (2014), a Clorexidina[®], após o bochecho, mantém sua ação na cavidade oral por aproximadamente 12 horas, inibindo a colonização e aderência de micro-organismos aos dentes.

Para o procedimento de exodontia do dente 48, foi realizada inicialmente a anestesia do nervo alveolar inferior, bucal e lingual com solução anestésica de Articaína[®] 4%. Em seguida, procedeu-se com uma incisão de Ward e o descolamento do retalho, que foi cuidadosamente elevado para garantir uma boa visualização do osso mandibular.

Foi então executada a osteotomia da parede vestibular e vestíbulo distal utilizando a Broca 702, com irrigação abundante de soro fisiológico para evitar o superaquecimento ósseo. A luxação do dente foi realizada utilizando Alavanca reta e Alavanca 302. Após o dente estar adequadamente luxado, foi realizada a avulsão com o Fórceps 17.

Com o dente removido, a área foi irrigada com soro fisiológico e o osso foi alisado utilizando uma Lima Seldin para garantir a suavidade da superfície óssea. A área foi novamente irrigada para remover quaisquer detritos ósseos restantes, seguida de curetagem da cavidade e finalização com sutura (Figura 4).

Figura 4 – Ato cirúrgico - Sutura.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2024).

Após a sutura do elemento 48, o paciente foi orientado a fechar a boca para descansar brevemente. Em seguida, iniciamos o procedimento para o dente 18, aplicando Anestésias Zigomática, Palatino Maior e Interpapilar, novamente utilizando solução anestésica de Articaína® 4%.

O descolamento gengival foi realizado com o Descolador de Molt 9 nas regiões proximais do dente 18. Em seguida, foi utilizada uma Alavanca Reta para luxar o elemento dental, e a avulsão foi executada com o Fórceps 18 R. O alvéolo foi irrigado com Soro Fisiológico, seguido de curetagem da área e sutura para promover uma boa cicatrização.

Após o procedimento, uma Gaze foi colocada na região da exodontia para o paciente morder, com o objetivo de manter a área limpa e ajudar a conter o sangramento. De acordo com Batista (2010), a compressão mecânica, como a realizada com Gaze, é uma técnica eficaz para alcançar hemostasia após exodontias.

Finalizando o atendimento, foi entregue ao paciente uma receita odontológica pós-operatória, com orientações detalhadas sobre o uso de cada medicamento prescrito (Figura 5).

O paciente também recebeu um atestado recomendando repouso por 72 horas para garantir uma recuperação adequada.

Figura 5 – Receita odontológica pós-operatória.

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

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: Lavras Tel.: (0xx) _____

Uso interno:
1 - Paracetamol 500 mg ----- 20 comp
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas por 3 dias em caso de dor
2 - Dexametasona 4 mg ----- 6 comp
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 3 dias
3 - Amoxicilina 500 mg ----- 21 cápsulas
Tomar 1 cápsula de 8 em 8 horas por 7 dias

Uso externo:
1 - Solução de Clorexidina 0,12% ----- 1 frasco
Bochechar 10 ml de solução 3 vezes ao dia por 7 dias, após o 2 dia pós-operatório

S

Lavras, 08/04/2024

Clinicas de Odontologia - UNILAVRAS

Cirurgião-Dentista

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

Assinatura do (a) paciente: _____

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

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2024).

Por fim, foram passadas ao paciente as orientações essenciais para os cuidados pós-operatórios. Foi recomendado adotar uma dieta líquida, pastosa e fria, evitar atividades físicas nas primeiras 72 horas, manter repouso e evitar exposição solar.

De acordo com Lovat, Feron e Conde (2016), a cirurgia de retirada de terceiros molares tornou-se um procedimento rotineiro na odontologia moderna. No entanto, exige atenção especial, principalmente no que se refere ao cumprimento rigoroso dos cuidados pós-operatórios, incluindo a manutenção de uma dieta adequada. Essas medidas são cruciais para prevenir complicações como sangramentos e alveolites. O pós-operatório de cirurgias de terceiros molares geralmente causa dificuldade ou impossibilidade de mastigação, uma condição que pode persistir por um período de 7 a 10 dias.

2.1.4 Pós-operatório

No retorno, 14 dias após a cirurgia, o paciente relatou que o pós-operatório ocorreu sem complicações. Ele mencionou ter sentido apenas um leve desconforto após o término do efeito da anestesia, mas isso foi rapidamente aliviado com o uso do analgésico prescrito. Segundo Martins et al. (2010), o pico da dor após a extração geralmente ocorre por volta de 12 horas após o procedimento e tende a diminuir depois desse período. A persistência da dor após esse tempo pode ser considerada um sinal desfavorável no prognóstico clínico, mas, felizmente, não foi o caso aqui. A região tanto superior quanto inferior apresentou boa cicatrização, e os pontos foram removidos sem dificuldades.

O paciente mostrou um prognóstico favorável, com a desinflamação da área e a conclusão bem-sucedida das exodontias. Satisfeito com os resultados, ele expressou interesse em continuar o tratamento, solicitando a extração dos dois terceiros molares do lado esquerdo da boca para alcançar um resultado final ainda melhor. Com isto, ficamos satisfeitos com a finalização do caso.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Camila Vitória Ázara

Me chamo Camila Vitória Ázara, tenho 23 anos e sou natural de Campo Belo-MG. Inicialmente, a carreira de dentista parecia um sonho distante para mim. Durante o ensino médio, estava decidida a seguir Engenharia Civil, mas com o tempo, essa visão começou a mudar. No ensino médio perto da formatura, comecei a questionar se realmente me via naquela profissão e comecei a explorar outras opções.

A medicina despertou um interesse temporário, mas minha tentativa de ingressar na faculdade não teve sucesso. Minha mãe, preocupada para que eu não ficasse parada e perdesse o ritmo de estudo, sugeriu que eu logo encontrasse uma alternativa. Foi nesse momento que a Odontologia surgiu como uma nova possibilidade. Quando chegou o momento de decidir, não hesitei. Minha mãe sabia que essa jornada seria desafiadora, mas estávamos determinadas a enfrentá-la juntas.

Comecei a faculdade aos 18 anos, jovem e imatura, com muitas expectativas e objetivos. Durante o curso, enfrentei momentos em que pensei em desistir, devido à dificuldade de corresponder às minhas próprias expectativas e a sensação de não estar totalmente dedicada. No entanto, agora, aos 23 anos, posso afirmar que essa experiência foi transformadora. Aprendi lições valiosas que levarei tanto para minha vida profissional quanto pessoal. O que começou como um desafio se tornou uma paixão. Hoje, quando entro na clínica para atender, perco a noção do tempo, porque, quando você ama o que faz, o trabalho se torna um prazer.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, foi atendido em sua escola, a Escola Municipal Itália Cautiero Franco (CAIC). Durante o atendimento, a dentista responsável solicitou uma radiografia panorâmica para avaliar um dente supranumerário erupcionado (Figura 6). Após a realização da radiografia panorâmica (Figura 7), o paciente foi encaminhado à Clínica Odontológica do UNILAVRAS, acompanhado por seu responsável, para realizar os procedimentos necessários ao tratamento de acordo com suas necessidades.

2.2.2 Hiperdontia

A odontogênese se inicia por volta da sexta semana de vida uterina, entretanto, quando ocorre qualquer tipo de alteração nesse processo podem acontecer anomalias do desenvolvimento dentário (JUURI; BALIC, 2017). Dentre essas anomalias, destaca-se a hiperdontia, também conhecida como dente supranumerário, caracterizada pela presença de dentes excedentes na arcada dentária regular (ANDRADE et al., 2017).

A hiperdontia é uma anomalia dentária com predileção por indivíduos do gênero masculino e bastante comum na dentição decídua e mista, podendo estar localizada na maxila ou mandíbula (ARANDI et al., 2020). A taxa de prevalência dos supranumerários varia entre 0,2% a 0,8% na dentição decídua (KAWASAKI et al., 2017), e de 0,3 % a 5,3 % na dentição permanente (TWORKOWSKI et al., 2020).

Os estágios iniciais da formação dentária podem ocorrer alterações de desenvolvimento, que podem resultar em anomalias quanto ao número (hipodontia e hiperdontia), forma (fusão, geminação, entre outros) (ANDRADE et al., 2017), tamanho (micro e macrodontia) (JUURI; BALIC, 2017), e estrutura dos dentes (amelogênese imperfeita, displasia dentinária, entre outros) (ANDRADE et al., 2017; LUBINSKY; KANTAPUTRA, 2016).

Figura 6 – Solicitação da radiografia panorâmica.

O formulário é intitulado "Guia de Encaminhamento" e pertence à Prefeitura Municipal de Lavras, Fundo Municipal de Saúde. Possui o logotipo do SUS. O preenchimento manual inclui: Unidade Básica de Saúde: "caic"; Localidade: "Lavras, 04 de outubro de 2022"; Diagnóstico: "Extra numerário"; Objetivo do encaminhamento: "Necessita de uma panorâmica"; Encaminhamento realizado antes do encaminhamento: "Is. decídua"; Encaminhamento para atendimento especializado na área de "Radiologia" na Unidade "clínica".

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 7 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Antes de realizar qualquer procedimento, foi feita uma coleta abrangente de informações, incluindo os dados do paciente e dos pais responsáveis, bem como uma anamnese detalhada para conhecer melhor o perfil e a infância do paciente. Durante a anamnese, perguntamos se o paciente tinha algum problema de autoestima relacionado ao dente supranumerário, ou se isso o afetava de alguma forma. Para nossa surpresa, o paciente não se incomodava com a situação e até a encarava de forma esportiva, referindo-se ao supranumerário como seu "dente de tubarão".

Em seguida, realizamos um exame clínico e nele foi constatado que o supranumerário estava erupcionado na linha média de maxila, entre os incisivos centrais e apresentava um formato conoide. Com base as características apresentada, o supranumerário foi diagnosticado como Mesiodens.

Além disso, clinicamente foi observado que o dente 21 apresentava giroversão e o dente 22 estava irrompido. Consideramos em realizar uma ulectomia para ajudar sua erupção, mas optamos primeiramente em realizar a extração do supranumerário, já que era a presença dele na linha média da maxila que estava causando a falta de espaço, levando a essas alterações na cavidade bucal como a giroversão do dente 21 e a irrupção do dente 22. Com a remoção do mesiodens, permitiria que o incisivo central ocupasse seu espaço natural, criando assim, o

espaço necessário para a erupção do incisivo lateral, dente 22. Foi constatado também no exame clínico que a criança apresentava presença de biofilme espesso (Figura 8), lesões de cáries inativas sem cavitação em algumas superfícies oclusais, lesões de manchas brancas ativas e lesões de cárie ativas restritas ao esmalte.

2.2.3 Mesiodens

O mesiodens é um dente supranumerário situado entre os incisivos centrais, geralmente na linha média da maxila. Esse dente apresenta morfologia variada e são mais frequentes na maxila do que na mandíbula. A etiologia dos dentes supranumerários ainda não está completamente elucidada, mas pode estar relacionada a fatores genéticos, ambientais, ou à hiperatividade da lâmina dentária. O diagnóstico é frequentemente realizado por meio de exames clínicos e radiográficos.

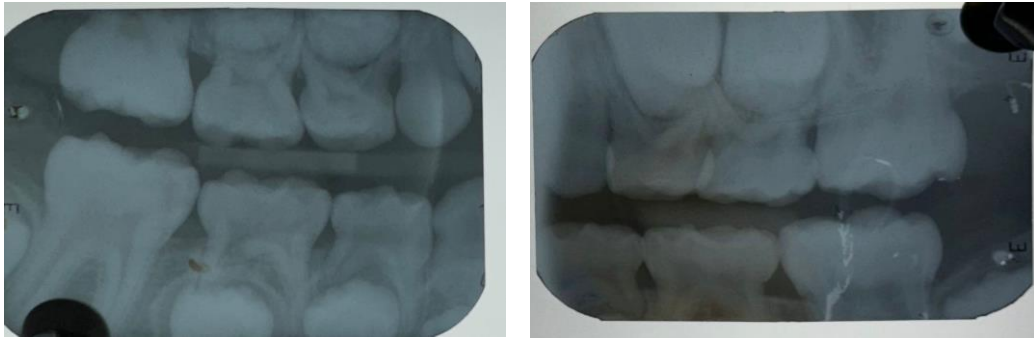
Figura 8 – Presença de biofilme espesso.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

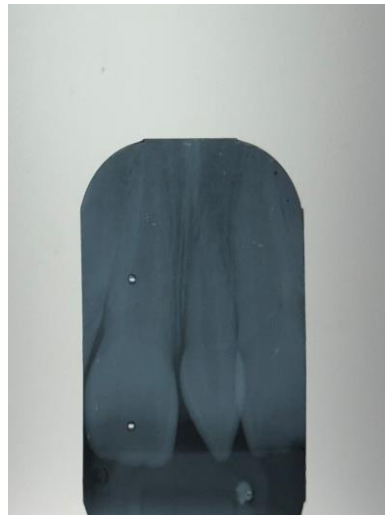
Exames complementares radiográficos foram realizados, incluindo radiografias interproximais (Figura 9) para detectar cáries nas superfícies proximais dos dentes que não eram visíveis clinicamente. Foi feito também uma radiografia periapical para uma avaliação minuciosa do dente supranumerário (Figura 10). Logo após a revelação das radiografias, não foi constatada nenhuma lesão de cárie nas proximais dos dentes e na radiografia periapical foi observado que o supranumerário possuía raiz curta.

Figura 9 – Radiografias interproximais



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 10 – Radiografia periapical do Mesiodens



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Com esses achados, pedimos ao responsável que registrasse a dieta da criança por três dias seguidos, já que a dieta em está ligada diretamente ao risco e a atividade de cárie. Na semana seguinte o avô da criança trouxe a alimentação da criança registrada (Figura 9) e percebemos que a alimentação da criança era boa e que ele precisava apenas de algumas orientações de higiene para melhor higienização.

Figura 11 – Registro da dieta do paciente.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE ODONTOLOGIA – DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

REGISTRO DA DIETA
Paciente: _____ Prontuário: _____
Aluno: _____

Segunda-feira 24 / 10 / 2022		Terça-feira 25 / 10 / 2022		Quarta-feira 26 / 10 / 2022		Análise da dieta
Horário	Alimento ingerido	Horário	Alimento ingerido	Horário	Alimento ingerido	
11:00	ARROZ - FEIJÃO	06:30	CAFÉ - PÃO C/	06:30	CAFÉ - PÃO C/	
ALMOÇO	REPOLHO, ALFACE BATATA DOCE - LINGUIÇA.	CAFÉ	MANTEIGA - BRICA FUDA	CAFÉ	MANTEIGA -	
18:00	ARROZ - FEIJÃO	11:30	ARROZ TEMPE- RADO, SUAN	ALMOÇO	ARROZ - FEIJÃO	
JANTAR	CARNE MOIDA CENOURA, BATATA	ALMOÇO	MILHO VERDE SALADA ALFACE DOUCO ABACAXI	11:30	MACARRÃO - SALA DA ALFACE - TOMA TE.	
		18:30	ARROZ - FEIJÃO CARNE COZIDA COUVE	JANTAR	ARROZ - FEIJÃO SALADA REPOLHO CARNE PORCO	

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Diante dessas considerações, elaboramos um plano de tratamento que incluía: corar com Fucsina básica, calcular o índice de biofilme, mostrar para a criança onde melhorar a higienização, instrução de higiene, profilaxia para controle de biofilme, aplicação de Verniz Fluoretado para prevenir a progressão de cáries nas lesões de mancha branca ativas nas cervicais dos dentes em que apresentava essas alterações e aplicação de Selante de fóssulas e fissuras Fluorshield para vedar as fóssulas profundas que continham lesões de cáries inativas sem cavitação. A realização desses procedimentos foi planejada como uma etapa preliminar para adequar o meio bucal e evitar possíveis intercorrências, como infecções bacterianas, após a cirurgia.

No dia marcado para a cirurgia, houve uma ocorrência imprevista: detectamos a presença de feridas na boca do paciente, que se estendiam até a região do nariz. Como manejo clínico, decidimos adiar a cirurgia, priorizando o tratamento dessas lesões como uma medida de urgência, para evitar desconforto ao paciente. Após coletar informações sobre o surgimento das lesões, a mãe relatou que elas apareceram alguns dias antes, juntamente com uma gripe que a criança havia contraído. Inicialmente, as lesões manifestaram-se como pequenas bolhas, que posteriormente estouraram, evoluindo para o estágio de crostas.

Com base nessas informações, diagnosticamos a lesão como Herpes Simples Labial (HSV-1), desencadeada pela queda de imunidade resultante da gripe. As lesões encontravam-se na fase de crosta, característica do estágio avançado do Herpes Simples (Figura 10).

Figura 12 – Lesão herpética em fase de crosta.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

2.2.4 Herpes Simples Labial

Herpes Labial é uma infecção viral caracterizada pelo aparecimento de pequenas vesículas ou bolhas nos lábios. Essas lesões, que costumam durar de 5 a 7 dias, se manifestam como aglomerados de bolhas nos lábios superiores ou inferiores e frequentemente causam sintomas como coceira, ardência e formigamento. O Herpes Labial é uma doença altamente transmissível e, infelizmente, não tem cura.

O vírus Herpes Simples permanece adormecido nos gânglios neurais dos portadores. No entanto, quando o sistema imunológico do paciente enfraquece por qualquer razão, o vírus pode reativar-se, resultando no aparecimento das lesões características do Herpes Labial. Entre os fatores que podem desencadear essa reativação estão outras doenças, como gripe ou resfriado, longas exposições ao sol e níveis elevados de estresse.

O Herpes Simples Labial evolui através de cinco estágios distintos:

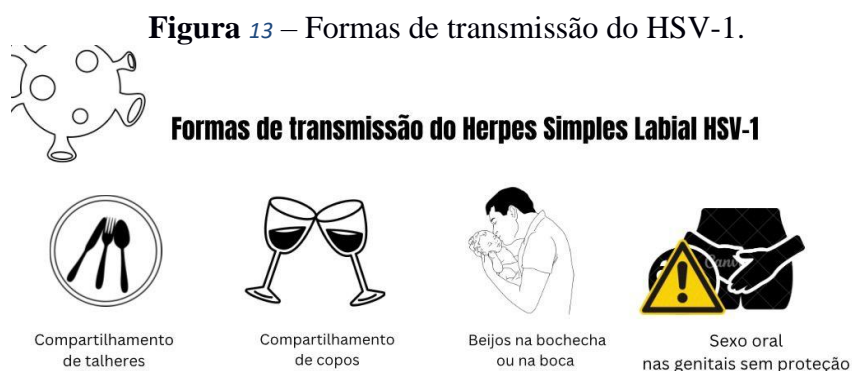
- 1. Primeiro Estágio:** Surgem sintomas iniciais como formigamento, coceira, ardor e irritação na região afetada.
- 2. Segundo Estágio:** Bolhas cheias de líquido começam a se formar na região.

3. Terceiro Estágio: As bolhas rompem-se, resultando em úlceras dolorosas.

4. Quarto Estágio: As úlceras secam, formando crostas sobre as feridas.

5. Quinto Estágio: A cicatrização da pele ocorre após a queda das crostas.

O Herpes Labial é altamente contagioso e pode ser transmitido através do contato direto com pessoas que apresentam as manifestações clínicas da doença. A contaminação pode ocorrer por meio de beijos nos lábios ou na bochecha, compartilhamento de talheres e copos e sexo oral sem proteção ou seja, contato íntimo desprotegido. Em crianças, a infecção pode acontecer desde o nascimento, especialmente quando adultos contaminados beijam as mãos dos bebês ou utilizam os mesmos talheres ao alimentá-los (Figura 11).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A forma de contágio do vírus HSV-1 no paciente era desconhecida, mas presumimos que ele tenha sido contaminado por meio do compartilhamento de talheres ou de algum instrumento infectado no ambiente familiar.

Para tratar as lesões, realizamos a fotobiomodulação, utilizando o Laser disponível na Clínica do UNILAVRAS, uma tecnologia moderna e inovadora na área odontológica. A fotobiomodulação é uma modalidade de tratamento que utiliza a luz do Laser para promover a recuperação de tecidos lesionados, aliviar a dor e acelerar o processo de cicatrização. Essa

abordagem é parte integrante da fisioterapia moderna, oferecendo uma alternativa não invasiva e eficaz para o manejo de diversas condições musculoesqueléticas e dermatológicas. (HALDAN DIGITAL et al., 2023)

O princípio da Fotobiomodulação baseia-se na capacidade da luz Laser de penetrar nos tecidos do corpo, estimulando processos biológicos que favorecem a regeneração celular e a redução da inflamação. A fotobiomodulação pode ser aplicada em diferentes intensidades e comprimentos de onda, adaptando-se às necessidades específicas de cada paciente e condição clínica. A luz emitida pelo Laser é absorvida pelos tecidos e transformada em energia, promovendo a restauração da função celular e o reparo tecidual. Além disso, acelera o processo de cicatrização, promove analgesia e exerce ação anti-inflamatória.

O equipamento utilizado para a aplicação do Laser foi o Laser DMC Therapy EC (Figura 12), que é capaz de produzir luz coerente e monocromática. A energia emitida pelo aparelho atinge o tecido de forma focal. Ele permite a escolha entre a luz vermelha, infravermelha ou ambas simultaneamente. Também é possível ajustar a energia, ou seja, o tempo de aplicação da luz sobre o tecido, que é fornecida em Joules (J), sendo que cada 1 Joule corresponde a 10 segundos de emissão de luz.

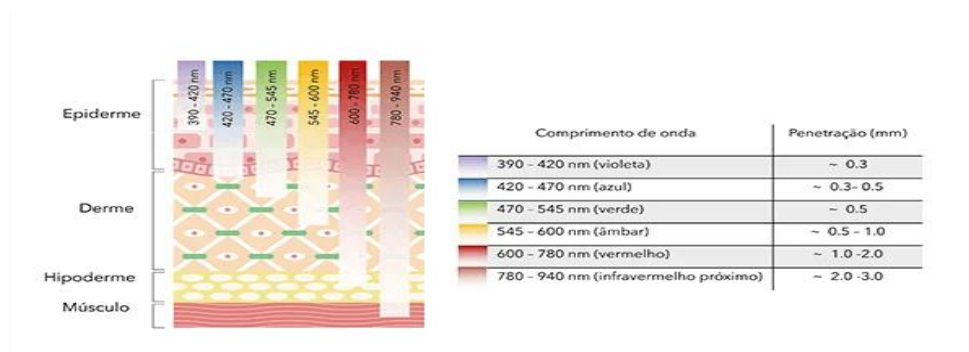
Figura 14 – Laser DMC Therapy EC.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

A luz vermelha possui um comprimento de onda menor (660 nm), sendo indicado para lesões superficiais, como mucosite, aftas, herpes, entre outras. Já a luz infravermelha, com um comprimento de onda maior (808 nm), penetra mais profundamente nos tecidos, sendo indicado para o tratamento de tecidos como cartilagem, osso e tecido nervoso (Figura 13).

Figura 15 – Comprimento de ondas da luz.



Fonte: Patricia Freitas, Renata Michelini 2023. Disponível em: <https://revistaimplantnews.com.br/fontes-de-luz-de-baixa-intensidade-na-estetica-facial/>. Acesso em: 2 de abril de 2023.

Para o tratamento do Herpes, utilizamos o Laser de baixa potência na cor vermelha, dado que se tratava de uma lesão superficial, não sendo necessário um comprimento de onda maior. Aplicamos 1 Joule de energia luminosa (Figura 14) em pontos por toda a extensão da ferida, diretamente em contato com o tecido. Após a aplicação do Laser, foi orientado que a regressão da lesão ocorreria gradualmente

Figura 16 – Laser DMC ajustado na cor vermelha a 1 Joule.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Uma semana após o tratamento, o paciente retornou à clínica apresentando cicatrização completa das lesões e ausência das feridas (Figura 15). Com o sucesso alcançado no tratamento da lesão do Herpes, prosseguimos com o plano de tratamento, que incluía a extração do supranumerário.

Figura 17 – Cicatrização da lesão do Herpes Simplex.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

2.2.5 Descrição do ato cirúrgico

O procedimento cirúrgico foi iniciado por uma antissepsia intra oral e extra oral com Digluconato de Clorexidina[®] 0,12% e Digluconato de Clorexidina[®] 2%, respectivamente. Em seguida, foi aplicado o anestésico tópico, Benzotop[®] 200 mg/g, para minimizar o desconforto e garantir que a anestesia fosse menos traumática possível para o paciente (Figura 16).

Figura 18 – Anestésico tópico utilizado.



Fonte: DFL. Disponível em: www.dfl.com.br. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

Para anestesia, foi administrado 1 tubete de Lidocaína[®] 2% com Epinefrina[®] 1:100.000 com agulha curta. A técnica anestésica utilizada foi infiltrativa por vestibular (Figura 17) e infiltrativa complementada por palatino para uma cobertura adequada da área (Figura 18). Em seguida foi utilizado a técnica anestésica interpapilar tanto na mesial (Figura 19) quanto na distal do supranumerário para garantir que toda região estivesse anestesiada e garantir maior conforto ao paciente (Figura 20).

Figura 19 – Técnica anestésica infiltrativa no supranumerário por vestibular.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 20 – Técnica anestésica infiltrativa no supranumerário complementada por palatino.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 21 – Técnica anestésica interpapilar na mesial do supranumerário.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 22 – Técnica anestésica interpapilar na distal do supranumerário.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Em seguida, para o descolamento do tecido utilizei o Descolador de Molt 2-4 (Figura 21) para o separação gengival do osso, permitindo a exposição adequada da área ao redor do supranumerário. Este instrumento é essencial para separar o tecido gengival do osso, facilitando a remoção do dente supranumerário.

Figura 23 – Descolamento do tecido.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Com o descolamento do tecido concluído, procedi com a luxação do dente supranumerário. Para a luxação utilizei a Alavanca Reta, um instrumento comumente empregado para luxar dentes, apliquei sua parte ativa no supranumerário e realizei movimentos de cunha e rotação para deslocar o dente da cavidade óssea (Figura 22). Esse método ajuda a soltar o dente e facilitar sua remoção completa. Após a luxação, procedi com a remoção do supranumerário utilizando o Fórceps 150S para retirada do dente do alvéolo (Figuras 23- 25). O Fórceps foi cuidadosamente posicionado ao redor do dente, aplicando uma força controlada para garantir a extração completa sem danificar estruturas adjacentes.

Figura 24 – Luxação do supranumerário com Alavanca Reta.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 25 – Extração do supranumerário com Fórceps.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 26 – Remoção do supranumerário do alvéolo.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Figura 27 – Supranumerário mesiodens após remoção cirúrgica.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

Após a remoção do supranumerário ocorreu a dilatação do alvéolo, devido a isso, foi realizado a manobra de Chompret, que consiste em unir as bordas do alvéolo, retornando-o à sua posição original para garantir uma adequada cicatrização. Para assegurar a hemostasia e promover a cicatrização, foi realizada uma sutura simples com uso de Porta-agulha e fio de Nylon 3.0 não absorvível (Figura 26). A sutura foi aplicada de forma a garantir que o tecido ficasse bem adaptado e sem sangramentos.

Figura 28 – Sutura com ponto simples realizada.



Fonte: Imagem cedida pela Profa. Dra. Nádia Teixeira (2022).

2.2.6 Medicação pós- operatória

Para a medicação pós-operatória, foi prescrito para uso interno Dipirona Monoidratada[®] 500 mg, a ser administrada 1 comprimido a cada 6 horas por 3 dias ou conforme necessário, caso o paciente sentisse dor. Para uso externo foi prescrito Digluconato de Clorexidina[®] 0,12%. Bochechar 10 ml de solução por 7 dias 3 vezes ao dia, iniciando 72 horas após a cirurgia. Além da medicação, foram fornecidas todas as orientações necessárias para garantir a correta recuperação do paciente, incluindo cuidados com a área operada, dieta recomendada, e atividades a serem evitadas (Figura 27).

Figura 29 – Orientações pós-operatórias.

Centro Universitário de Lavras
Curso de Odontologia

Orientações Pós-operatórias

- > **Cuidados com a ferida:**
 1. Morda firmemente a compressa de gaze colocada por 30 minutos, então a remova cuidadosamente.
 2. Não fume, pois pode provocar sangramento e interferir na cicatrização.
 3. Evite levantar desnecessariamente os lábios para não soltar os pontos.
- > **Sangramento:**
 1. Pequeno sangramento poderá ocorrer na área da cirurgia. Você pode encontrar manchas em seu travesseiro pela manhã.
 2. Não fique cuspidando nem faça sucção por canudo, pois isto provoca sangramento.
 3. Se ocorrer sangramento novamente, coloque uma compressa de gaze sobre o local, e morda por 30 minutos, além disso aplique uma bolsa de gelo na face.
 4. Mantenha sua cabeça elevada com vários travesseiros ou sente-se em uma poltrona.
- > **Desconforto:**
 1. Algum desconforto é normal após a cirurgia.
 2. Tome o analgésico indicado nas primeiras 24 horas. Após este período, tome apenas se houver dor. Nunca utilize medicamentos sem a prescrição ou orientação do dentista.
 3. Não ingira bebidas alcoólicas.
- > **Dieta:**
 1. Alimente-se normalmente com dieta líquida, pastosa e fria: alimentos frios e macios como sorvete, iogurte ou sopa fria, podem ser mais confortáveis nos primeiros dias.
- > **Higiene oral:**
 1. Não faça bochechos nas primeiras 72 horas após a cirurgia.
 2. Escove os dentes suavemente, mas cuidado com a área da cirurgia.
- > **Inchaço:**
 1. O inchaço é uma reação normal do organismo.
 2. Aplicar bolsa de gelo sobre a área da cirurgia nas primeiras 72 horas. Isto ajuda a controlar o inchaço, tornando a área mais confortável. (ciclos de 10 minutos com descanso de 10 minutos)
 3. Podem ocorrer áreas arroxeadas na região da cirurgia. É uma resposta normal para algumas pessoas e não deve ser motivo de alarde. Ela desaparecerá em 7 a 14 dias.
- > **Repouso:**
 1. Evite atividade esportivas e/ou intensas nas primeiras 72 horas após a cirurgia.
 2. Evite a exposição solar e lugares quentes.
- > **Abertura bucal:**
 1. Após a cirurgia, pode ocorrer dificuldade para abrir a boca. São reações normais que melhorarão em 5 a 10 dias.
- > **Pontos:**
 1. Deverão ser removidos no 7º dia após a cirurgia.
- > **Telefone se:**
 1. Tiver desconforto excessivo que não pode ser controlado com o uso dos analgésicos.
 2. Tiver febre
 3. Tiver sangramento que não foi controlado com o morder da gaze.
 4. Tiver aumento do inchaço e/ou dor após o terceiro dia da cirurgia.
 5. Tiver alguma dúvida ou pergunta

Nome: _____ Telefone: _____

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Decorridos 7 dias após a cirurgia, foi realizada a remoção dos pontos, observando-se uma boa cicatrização da área operada. Para dar continuidade ao tratamento e concluir os procedimentos pendentes, foi orientado ao paciente que retornasse à clínica no próximo ano

letivo da faculdade do UNILAVRAS, uma vez que não haveria mais atendimentos disponíveis naquele semestre devido ao período de férias.

A extração do supranumerário Mesiodens foi um ótimo prognóstico, visto que, no ano seguinte quando a criança retornou para dar continuidade ao tratamento, foi observado clinicamente que o dente 22 estava em erupção sem precisar realizar intervenção cirúrgica como a ulectomia. Além disso, não houve apinhamento dos dentes e o dente 21 ainda apresentava uma leve giroversão, mas não foi necessário realizar uma intervenção ortodôntica no momento, foi orientado pelo professor Dr. Gilberto De Oliveira Júnior realizar apenas proervação já que a criança ainda estava na troca dos dentes decíduos para os dentes permanentes e esse dente poderia voltar a sua posição original .

Para mim a extração do mesiodens e o tratamento do herpes simples foram momentos cruciais no meu caminho profissional. A extração do mesiodens foi fundamental não só para a saúde bucal do meu paciente mas também para devolver estética, algo que é profundamente impactante no bem estar de qualquer pessoa. Ver meu paciente satisfeito, com o sorriso mais harmônico e saber que a confiança que ele depositou em mim foi correspondida, foi uma experiência de imensa realização. O tratamento do herpes também teve um papel significativo nessa jornada. A sensação de poder ajudar, aliviar os sintomas e contribuir para a recuperação rápida do meu paciente foi extremamente gratificante. Saber que o acompanhamento e os cuidados que ofereci foram determinantes para restaurar sua qualidade de vida foi um grande aprendizado e uma oportunidade de evolução como profissional. Me sinto imensamente grata por poder ajudar meu paciente. Esse tipo de experiência fortalece meu compromisso com a profissão e reforça a importância de sempre oferecer o melhor cuidado.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Daniela Pinto Mesquita de Assis

Me chamo Daniela Pinto Mesquita de Assis, tenho 23 anos, nasci e resido em Lavras-MG. Desde a infância, tive a sorte de ser paciente de uma dentista excepcional, que não era apenas uma profissional de saúde para minha família, mas também uma amiga querida. Tive o

privilégio de crescer frequentando seu consultório e até estudei com seu filho, o que fortaleceu ainda mais nossa conexão. Cada visita ao consultório era uma nova aventura para mim; eu ficava fascinada com os detalhes do ambiente, especialmente por uma série de dentes gigantes que sempre despertava minha imaginação.

À medida que me aproximava do final do ensino médio, a ideia de seguir a carreira de dentista começou a se formar. Sempre que compartilhava essa aspiração com ela, recebia encorajamento e apoio incondicionais. Sua reação ao saber da minha aceitação na faculdade de Odontologia foi de pura alegria, o que significou muito para mim.

Infelizmente, ela faleceu no final de 2020, um momento que marcou profundamente minha vida. No entanto, sempre que me questiono sobre o que me atraiu para a profissão, é a lembrança dela que surge em minha mente. Foi através de nossas interações e do ambiente do seu consultório que meu interesse foi despertado. Sou eternamente grata por ter tido sua influência, pois foi fundamental para eu escolher e amar a carreira como faço hoje.

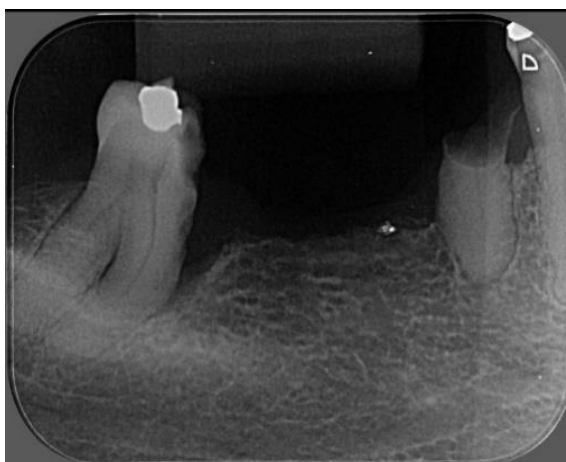
Minha jornada acadêmica começou em 2020, em meio à pandemia de COVID-19, quando todas as aulas eram online. Foi um desafio adaptar-me a essa nova realidade e aprender a navegar no ambiente acadêmico virtual. Quando as aulas retornaram presencialmente e a situação começou a se normalizar, comecei a experimentar a verdadeira vida universitária.

Durante esse tempo, enfrentei vários desafios, tanto acadêmicos quanto pessoais, que me fortaleceram e me ajudaram a chegar aonde estou hoje. Um dos desafios mais significativos ocorreu no início do 7º período, na clínica integrada, quando me deparei com um caso que até então só havia praticado em laboratório. Isso me causou muita ansiedade e medo de não conseguir lidar com a situação. No entanto, com a ajuda fundamental do professor e Ms. Sélem Vilela de Oliveira e com muito estudo e pesquisa, consegui finalizar o caso. Com isto, o objetivo deste portfólio é apresentar o caso clínico de uma paciente que procurou a Clínica de Odontologia do UNILAVRAS para reabilitação protética.

2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente de 60 anos, do gênero feminino, compareceu à Clínica Odontológica do UNILAVRAS relatando problemas com sua prótese, que estava "bamba". Durante a avaliação inicial, observei que a paciente possuía apenas dois dentes superiores com mobilidade acentuada e nove dentes inferiores, incluindo uma raiz residual. Para uma análise mais aprofundada, realizei radiografias periapicais (Figuras 28-31) com o objetivo de investigar cáries, perdas ósseas, cistos e traumas oclusais. Além disso, pedi uma radiografia panorâmica que tem como finalidade analisar a estrutura da mandíbula e maxila, sendo útil antes de realizar procedimentos como implantes dentários ou reconstruções ósseas. Embora a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (CBCT) seja preferida para obter detalhes tridimensionais, a radiografia panorâmica oferece uma visão inicial valiosa (Figura 32).

Figura 30 – Radiografia periapical do elemento 47.



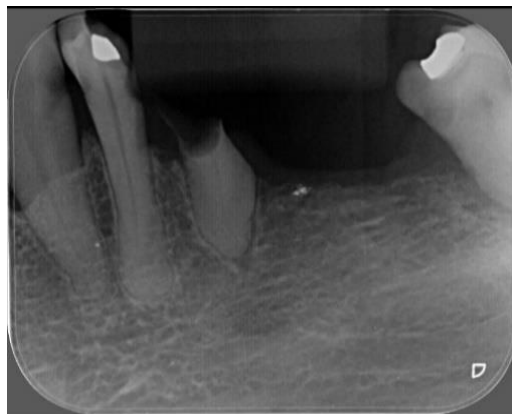
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 31 – Radiografia periapical do elemento 27



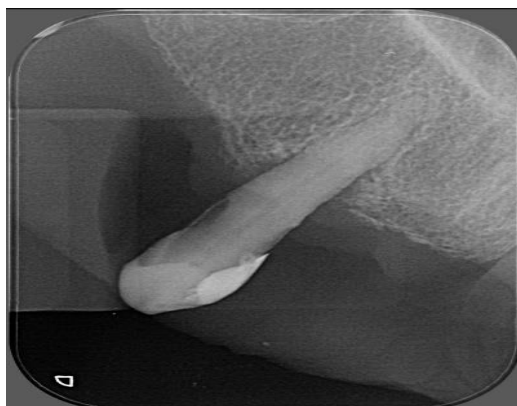
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 32 – Radiografia periapical do elemento 44 e 45.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 33 – Radiografia periapical do elemento 23.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 34 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com todos os exames radiográficos em mãos, discuti o caso com os professores Ms. Sélem Vilela de Oliveira e Dr. Douglas Campidelli Fonseca. Após análise, concluímos que, devido à extensa perda óssea e ao quadro de periodontite estágio IV grau B, que segundo Souza (2020) provoca perda vertical do osso alveolar, mobilidade dentária e bolsas infraósseas, a melhor opção de tratamento seria a Prótese Total Imediata (PTI) tanto na arcada superior quanto na inferior. A PTI, conforme Turano (2019), é uma solução eficaz para que o paciente não fique edentado mesmo temporariamente após a remoção dos dentes naturais. A instalação da PTI após a cirurgia auxilia no controle de hemorragias, protege contra traumas e promove a cicatrização, entre outras vantagens.

Ao apresentar essa opção à paciente, ela inicialmente demonstrou resistência, especialmente quanto à extração dos dentes remanescentes para colocação das próteses. A paciente expressou preferência por outra Prótese Parcial Removível (PPR). Expliquei que, devido à insuficiente estrutura óssea de suporte, essa opção não seria viável nem benéfica para o seu caso. Após uma conversa detalhada sobre os benefícios da PTI, a paciente concordou em prosseguir com a prótese superior imediata, optando por manter a PPR inferior temporariamente, com a intenção de futuramente avançar para a PTI inferior. Ressaltei que, embora respeitássemos sua escolha, a PTI seria a melhor solução a longo prazo para sua saúde oral. A paciente foi devidamente informada sobre as implicações e os benefícios de seguir as recomendações profissionais para sua completa reabilitação oral no futuro.

Na sessão seguinte, iniciei os moldes necessários para a confecção da PTI. De acordo com Nogueira (2022), as etapas de moldagem da PTI seguem os mesmos princípios da prótese total convencional, com algumas adaptações, considerando que a paciente ainda possui dentes. Realizei a moldagem das arcadas superior e inferior utilizando moldeiras de estoque perfuradas de alumínio e alginato como material de moldagem.

Após a confecção e aprovação dos moldes pelo professor Sélem Vilela de Oliveira, procedi com a vazão dos moldes utilizando gesso tipo III e encaminhei os modelos para o laboratório para a confecção da base de prova, uma placa de resina acrílica autopolimerizável, moldada conforme as áreas edentadas. Roletes de cera nº 7 foram aquecidos e fixados à resina da placa, criando o espaço necessário para o ajuste oclusal posterior na boca da paciente durante a prova de cera.

Na sessão subsequente, com a base de prova e os roletes de cera fixados, verifiquei os planos de orientação, essenciais para a reabilitação oral da paciente. Segundo Nogueira (2022), a base de registro é crucial nessa fase, pois auxilia no posicionamento dos dentes e na sustentação dos tecidos, além de recuperar a dimensão vertical, fundamental para funções como mastigação, deglutição, fonação e estética.

De acordo com Fernandes Neto, Neves e Simamoto Junior (2013), a Dimensão Vertical (DV) é dividida em duas partes: Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), presente quando os dentes estão em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), e Dimensão Vertical de Repouso (DVR), que ocorre quando a mandíbula é sustentada pela posição postural ou de repouso dos músculos e pelo leve contato labial.

Para avaliar a dimensão vertical da paciente, utilizei o compasso de Willis, medi a DV inicialmente e depois com a placa de cera na boca da paciente, ajustando conforme necessário. Marquei a linha média, as linhas alta e baixa do sorriso, e as linhas de caninos, utilizando-as como referência para o posicionamento dos dentes artificiais na PTI.

Escolhi a cor dos dentes artificiais e da gengiva baseando-me na cor da pele, idade, gênero da paciente e formato do rosto, usando a escala de cores disponível na clínica do UNILAVRAS.

Finalmente, realizei a tomada do arco facial da paciente para montar o modelo em articulador semi-ajustável, garantindo que o modelo reproduza a relação espacial da maxila em relação aos côndilos da paciente (Figura 33).

Figura 35 – Modelo superior em articulador.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com o articulador já montado e após a verificação do posicionamento adequado dos modelos, recebi a autorização do professor Sélem para encaminhar o caso ao laboratório de prótese. No laboratório, o protético realizou a montagem da prova de dentes em cera (Figura 34), que foi posteriormente avaliada e aprovada tanto por mim, pelo Cirurgião-Dentista (CD) quanto pela paciente. Esse processo é crucial para garantir que a prótese final atenda a todos os requisitos estéticos e funcionais antes de sua confecção definitiva.

Figura 36 – Modelo articulado com dentes em cera.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com a aprovação da paciente, o professor Sélem autorizou a confecção da Prótese Total Imediata. A prótese ficou pronta em duas semanas, e agendei a cirurgia para a remoção dos dentes restantes.

2.3.2 Cirurgia

No dia da cirurgia, iniciei aferindo a pressão arterial da paciente para garantir que estava dentro dos limites seguros para o procedimento. Em seguida, no Centro Cirúrgico, me paramentei adequadamente com Capote Cirúrgico e Luvas estéreis. A auxiliar forneceu à paciente um copinho com Clorexidina® 0,12% para que ela realizasse um bochecho por 30 segundos, assegurando a antissepsia intraoral. Para a antissepsia extraoral, utilizei uma Gaze estéril embebida em Clorexidina® 2% e apliquei no terço inferior da face da paciente.

Com esses preparativos concluídos, comecei a anestesia. Infiltei a região do nervo alveolar superior e a área do canino com Lidocaína® 2% com Epinefrina® para garantir um bloqueio eficaz.

Com a paciente completamente anestesiada, iniciei as extrações dos dentes remanescentes. Utilizei o Descolador de Molt para descolar o tecido, e devido à mobilidade significativa dos dentes, a remoção foi facilitada, não sendo necessário o uso de Alavanca. Utilizei o Fórceps para a extração direta dos dentes. Após a extração de todos os dentes, realizei a sutura dos alvéolos em formato de X para promover a cicatrização adequada. (Figura 35).

Figura 37 – Rebordo alveolar logo após a cirurgia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Prescrevi para o pós-operatório a seguinte medicação: Amoxicilina® 500 mg, uma cápsula a cada 8 horas por 7 dias; Tylex® 30 mg, um comprimido a cada 6 horas por 3 dias em caso de dor; Dexametasona® 4 mg, um comprimido a cada 12 horas por 3 dias; e bochechos com Digluconato de Clorexidina® 0,12%, 10 ml três vezes ao dia por 7 dias, iniciando 2 dias após a cirurgia.

A escolha dos medicamentos foi baseada nas necessidades específicas do procedimento e nos benefícios que cada um oferece:

- **Amoxicilina[®]**: Segundo Meechan e Seymour (1993), a amoxicilina é eficaz na prevenção de infecções pós-operatórias, especialmente em cirurgias odontológicas que envolvem manipulação óssea, como extrações de dentes, implantes dentários, ou cirurgias periodontais. Nestes casos, há um risco aumentado de infecção devido à exposição de tecidos suscetíveis a contaminantes orais.

- **Tylox[®] 30 mg**: De acordo com Yagiela (2011), o Tylox[®] é ideal para a gestão de dores que não são suficientemente controladas por analgésicos não opiáceos, proporcionando conforto e facilitando a recuperação no período pós-operatório.

- **Dexametasona[®] 4 mg**: Yagiela (2011) também destaca que a Dexametasona[®] é útil para reduzir a inflamação e o edema. Após a extração dentária, especialmente em cirurgias invasivas, a resposta inflamatória natural pode resultar em inchaço significativo e desconforto, sendo a Dexametasona[®] eficaz em minimizar esses efeitos.

Após a cirurgia, acompanhei a paciente até a clínica, onde iniciei a instalação da Prótese Total Imediata. Para uma adaptação precisa nos alvéolos, foram necessários alguns ajustes utilizando as Brocas Maxicut e Minicut. Também realizei ajustes oclusais com o auxílio de papel carbono para assegurar que a oclusão estivesse correta. Todos os ajustes e desgastes necessários foram realizados com a Maxicut, sempre sob a supervisão do professor Sélem. Não foi necessário colocar nenhum material entre a prótese e o rebordo recém operado devido a boa adaptação que a prótese teve ao ser instalada.

2.3.3 Instalação da Prótese Total Imediata

Ao concluir todos os procedimentos, chegou o momento mais esperado tanto pela paciente quanto por mim: apresentar o resultado final. Mostrei-lhe a prótese no Espelho, e ela ficou extremamente satisfeita. A PTI devolveu à paciente não apenas a estética e a autoestima, mas também as funções essenciais de fonação e mastigação, proporcionando-lhe uma melhoria significativa na qualidade de vida (Figura 36).

Figura 38 – Prótese Total Imediata (PTI) - Resultado final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após a conclusão do procedimento cirúrgico, realizamos a prescrição medicamentosa preventiva, que incluiu:

- **Antibiótico:** Amoxicilina[®] 500 mg, a cada 8 horas, por 7 dias.

- **Anti-inflamatório esteroide:** Dexametasona[®] 4 mg, a cada 12 horas, por 3 dias.

- **Analgésico:** Dipirona Monoidratada[®] 500 mg, a cada 6 horas, por 3 dias, ou conforme necessário em caso de dor. Além disso, foi prescrito um bochecho antisséptico com Digluconato de Clorexidina[®] 0,12%.

A paciente recebeu orientações pós-operatórias, incluindo a ingestão de refeições frias, como açaí e sorvete, a realização de compressas na região e a evitação da exposição solar, entre outras recomendações. Expliquei à paciente que, conforme mencionado na literatura por Corrêa (2005), era fundamental que ela não tentasse remover a prótese nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Informei que essa remoção seria realizada por mim no retorno, para garantir a segurança do processo de cicatrização e a adaptação adequada da prótese.

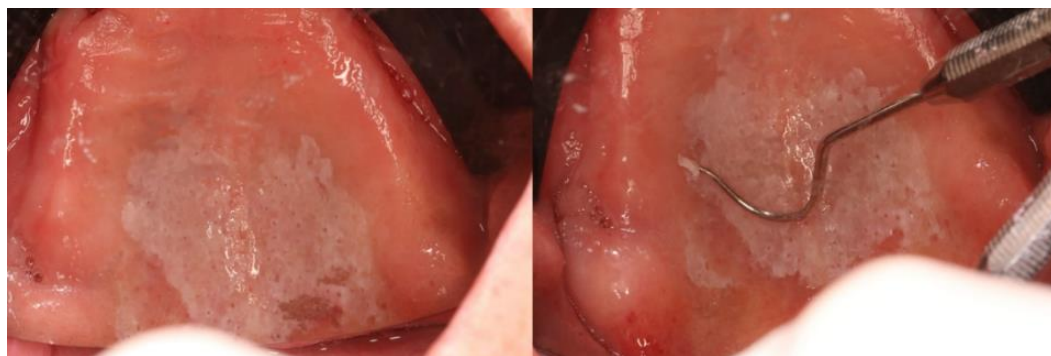
2.3.4 Candidíase

No retorno da paciente, ela não relatou dor ou incômodo. Procedi à remoção da prótese de forma que a paciente não sentiu nenhuma dor nem as suturas soltaram nesse momento. Ao examinar a cavidade oral, observei que não havia sinais de hemorragia, e as suturas

estavam estáveis. No entanto, ao analisar o palato duro sem a prótese, notei a presença de uma mancha branca (Figura 37).

Essa mancha pode indicar várias condições, como uma possível reação traumática, infecção ou até mesmo uma alteração benigna ou pré-maligna. É importante realizar uma avaliação detalhada para determinar a natureza da lesão e tomar as medidas apropriadas, como um exame histopatológico, caso necessário.

Figura 39 – Candidíase no palato duro.



Fonte: Imagem cedida pelo Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca (2023).

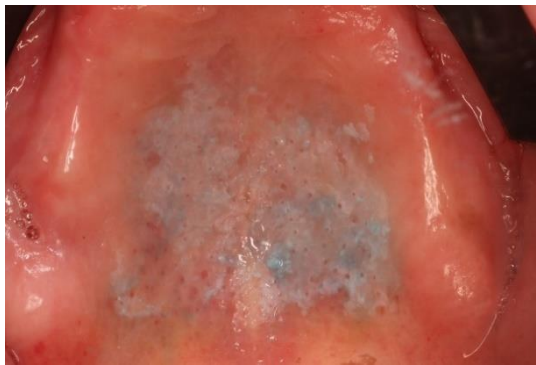
Logo após identificar a mancha branca, chamei o Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca para uma avaliação mais detalhada. Conforme eu suspeitava, ele confirmou que se tratava de Candidíase Oral, provavelmente decorrente do uso da nova PTI. De acordo com Campbell (2003), a presença de dispositivos orais como próteses pode alterar o ambiente bucal, modificando as características físicas e biológicas da saliva e de outras estruturas orais. Essas mudanças, incluindo o acúmulo de placa bacteriana, podem criar nichos favoráveis ao crescimento de microrganismos, como o fungo *Candida* spp., aumentando o risco de infecções como a candidíase.

Seguindo a orientação do Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca, optei por realizar a Terapia Fotodinâmica (PDT, do inglês Photodynamic Therapy), que combina a aplicação de um agente fotossensibilizante com o uso de Laser de baixa potência para eliminar microrganismos. Primeiramente, apliquei Azul de Metileno com um cotonete em toda a área afetada (Figura 38), aguardando 5 minutos antes de utilizar o Laser de baixa potência em toda

a região (Figuras 39). O Azul de Metileno é amplamente estudado como um agente fotossensibilizante, sendo a luz vermelha visível, emitida por Laser de baixa potência, a mais utilizada para interagir com este agente (EDUARDO C. de PAULA et al., 2015).

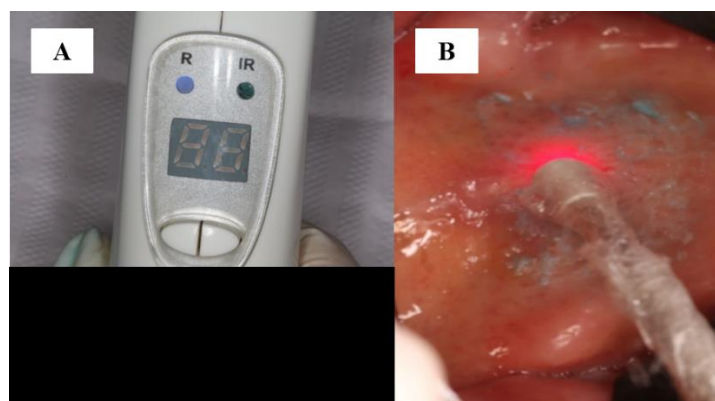
Após tratar o palato da paciente, apliquei o mesmo procedimento na prótese para eliminar qualquer microrganismo presente (Figura 40). Além disso, prescrevi Fluconazol® 150 mg para uso oral, com uma dose diária por 6 dias, para tratar a infecção sistêmica.

Figura 40 – Azul de Metileno na região afetada.



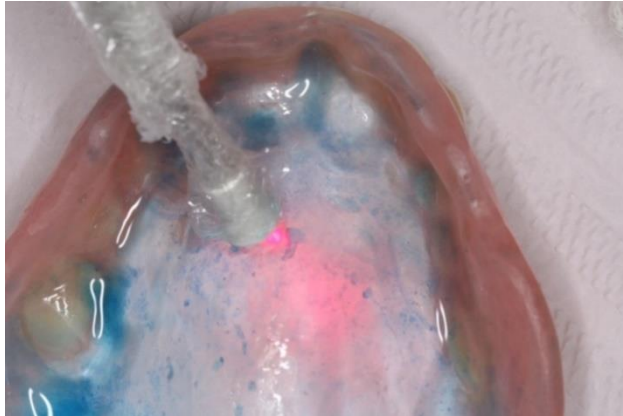
Fonte: Imagem cedida pelo Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca (2023).

Figura 41 – Uso do Laser na área afetada.



(a) Laser DMC Therapy EC, (b) Área afetada. Fonte: Imagem cedida pelo Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca (2023).

Figura 42 – Terapia Fotodinâmica (PDT) na prótese total imediata.



Fonte: Imagem cedida pelo Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca (2023).

Na sessão seguinte, a paciente não relatou nenhum desconforto. Ao realizar um novo exame, observei que ainda havia vestígios de candidíase, mas a melhora clínica foi muito significativa (Figura 41). Diante desse quadro, repeti a PDT tanto no palato quanto na prótese, visando eliminar completamente os microrganismos remanescentes. Além disso, prescrevi mais 6 dias de Fluconazol® 150 mg, uma dose diária, para garantir a erradicação total da infecção e evitar possíveis recidivas.

Figura 43 – Lesão uma semana após a aplicação da Terapia Fotodinâmica (PDT).



Fonte: Imagem cedida pelo Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca (2023).

Na sessão seguinte, ao realizar a retirada das suturas, constatei que a lesão havia desaparecido e a paciente continuava sem desconfortos, tanto relacionados à prótese quanto à candidíase. Como a confecção de uma Prótese Total Definitiva (PTD) necessitaria de um intervalo de alguns meses — visto que a Prótese Total Imediata (PTI) deve ser substituída apenas após 3 meses, conforme Turano (2019) — e considerando que já estávamos no fim do período da clínica integrada, não foi possível acompanhar a paciente até a conclusão da sua prótese definitiva. Entretanto, orientei a paciente a retornar à faculdade para que outro aluno pudesse dar continuidade ao seu tratamento e confeccionar a PTD. Dessa forma, concluí o caso clínico com sucesso (Figura 42), realizando a reabilitação protética e devolvendo à paciente a estética, a fonética, a capacidade de mastigação, e, acima de tudo, sua autoestima.

Figura 44 – Registro do antes (esquerda) e depois (direita) do procedimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Segundo Douglass, Shih e Ostry (2007), o prognóstico da prótese total imediata é muito bom, pois ela restaura imediatamente a função e a estética dentária, o que é fundamental para a autoestima e a qualidade de vida do paciente. A rápida reabilitação proporcionada pela PTI ajuda a minimizar o impacto psicológico da perda dentária e garante que o paciente possa continuar suas atividades diárias com mais confiança e conforto.

Esse caso foi muito importante para o meu desenvolvimento e amadurecimento tanto pessoal quanto profissional, pois foi um desafio muito grande para mim, já que era uma coisa nova, que eu nunca tinha feito e eu pensei que não fosse conseguir, porém com toda ajuda do Prof. Dr. Sélem Vilela de Oliveira, fui capaz de concluir o caso com sucesso e muito aprendido.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Nicolas Carvalho Nascimento

Meu nome é Nicolas Carvalho Nascimento, tenho 24 anos e sou natural de Campo Belo-MG, cidade onde passei minha infância e adolescência. Inicialmente, a Odontologia não estava nos meus planos acadêmicos, pois, desde o ensino fundamental, auxiliava meus pais em sua Loja de Ordenhadeiras (equipamentos da indústria agropecuária), o que me encaminhava naturalmente para seguir nesse ramo. Por isso, ao prestar vestibular para a Universidade Federal de Lavras (UFLA) através do Processo de Avaliação Seriada (PAS), optei pelo curso de Zootecnia, alinhado aos interesses familiares e ao conhecimento prévio que tinha sobre o assunto.

Embora estivesse entusiasmado com essa nova etapa e com o sucesso dos meus planos, ainda nutria algumas incertezas sobre se aquela seria realmente a trajetória profissional mais adequada para mim. Sempre fui persistente na busca pelos meus objetivos, mesmo diante das adversidades, mas, com o passar do tempo, percebi que não estava plenamente satisfeito com o curso escolhido e já não me via mais inserido naquele contexto. Decidi, então, prosseguir com os estudos, mas a falta de paixão anteriormente presente me fazia questionar constantemente minha escolha.

Nesse momento, meus pais perceberam minha desmotivação e me ofereceram apoio, deixando claro que eu não precisava seguir um caminho que não me realizasse plenamente. Cheguei a considerar a possibilidade de abandonar o curso e retornar para trabalhar na loja da família. Foi então que minha irmã, Nicolie, que já estava matriculada no curso de Odontologia do UNILAVRAS, compartilhou comigo sua experiência e satisfação com a área. Apesar de inicialmente hesitante, decidi prestar vestibular para o mesmo curso e, após ser aprovado, ingressei na mesma faculdade.

Nos primeiros momentos, ainda tinha algumas dúvidas se estava fazendo a escolha certa, mas, ao longo do curso, fui gradualmente me envolvendo e desenvolvendo um verdadeiro interesse pela Odontologia.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

O paciente do sexo masculino, 25 anos, compareceu à Clínica do UNILAVRAS queixando-se de incômodo, dor e inchaço na região próxima aos incisivos centrais superiores, após ter sofrido um trauma ao cair da escada. Durante a anamnese e o exame clínico, não foi observada mobilidade dentária, mas notou-se a presença de um abscesso periapical próximo à raiz do elemento 21, além de uma fratura na borda incisal.

Realizamos uma radiografia periapical para avaliar a extensão do dano. A radiografia periapical é fundamental para a investigação de cáries, perdas ósseas, cistos, traumas oclusais, lesões, e outras enfermidades, proporcionando imagens detalhadas essenciais para o diagnóstico preciso (DE ALMEIDA, 2021). É importante que as radiografias sejam realizadas sem artefatos, com os dentes bem centralizados no filme, mostrando a coroa, a raiz, e uma área de dois a três milímetros abaixo da região periapical. A literatura destaca a importância deste exame para interpretações detalhadas, tanto em dentes com quanto sem tratamento endodôntico (MOURA; GEORJUTTI, 2024).

Na radiografia periapical realizada (Figura 43), observou-se o espessamento das fibras periodontais e uma pequena lesão no ápice da raiz do elemento 21. A radiografia periapical permanece como um exame complementar indispensável no diagnóstico e tratamento endodôntico (MOURA; GEORJUTTI, 2024).

Figura 45 – Radiografia pericapical da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

No próximo passo, realizamos o teste térmico com Endo Ice e o teste de percussão utilizando o cabo do Espelho no dente 21. A resposta ao teste térmico foi negativa tanto pela vestibular quanto pela palatina, o que não é a resposta esperada de um dente vital. No entanto, o teste de percussão apresentou

resultado positivo. A vitalidade pulpar é determinada por testes como percussão vertical e horizontal, além de testes térmicos de frio e calor, que são essenciais para um exame bucal completo e para complementar o diagnóstico clínico da polpa dentária. A utilização de agentes térmicos é crucial para preservar a polpa dentária, e os testes mecânicos, como percussão horizontal e vertical, são frequentemente usados para diagnosticar alterações perirradiculares ou para identificar a origem da dor quando os testes térmicos não fornecem respostas claras, conforme destacado por Dias et al. (2018).

Após a análise do abscesso, procedemos à anestesia de toda a área em torno do abscesso. Localizamos o ponto de flutuação, perfuramos com o auxílio de uma Sonda Exploradora Reta e realizamos a drenagem do abscesso utilizando a técnica de ordenha.

O abscesso periapical é uma condição perirradicular causada por diversos fatores, incluindo agentes físicos, químicos e principalmente microbianos, que resultam na inflamação da polpa dentária e na formação de pus na região do ápice dentário. Conforme descrito por Consolaro e Ribeiro (1998), essa inflamação é caracterizada por coleções purulentas localizadas, com um aspecto agudo observado microscopicamente.

O pus é composto por células mortas e resíduos, incluindo uma quantidade significativa de neutrófilos, polimorfonucleares e macrófagos, além de causar extensas áreas de destruição tecidual e fenômenos vasculares. A técnica de ordenha, utilizada para a drenagem do abscesso, envolve a aplicação de pressão manual sobre a área afetada para expelir o pus acumulado. Essa técnica requer cuidado para evitar a disseminação da infecção ou causar desconforto excessivo ao paciente (FABIANO et al., 2022).

Após o exame, foi prescrita Amoxicilina® 500 mg, a ser tomada a cada 8 horas durante 7 dias, e Paracetamol® 500 mg em caso de dor. A Amoxicilina® é amplamente utilizada na odontologia global, sendo a primeira escolha no tratamento de infecções leves ou moderadamente graves, como abscessos, devido ao seu amplo espectro de atividade antimicrobiana (FRANCISCO et al., 2025). O paracetamol age inibindo a produção de prostaglandinas no sistema nervoso central, aliviando a dor e reduzindo a febre. Ele possui efeitos analgésicos e antipiréticos, mas poucos efeitos anti-inflamatórios. Para pacientes alérgicos à Penicilina, a Clindamicina® (300 mg a cada 6 horas) é uma alternativa recomendada devido ao seu amplo espectro antibacteriano (SOUSA et al., 2013).

Apesar de controvérsias na literatura endodôntica sobre a nomenclatura e modalidades de tratamento para abscessos periapicais agudos, (BERMAN; HARGREAVES; COHEN, 2021) explícita, há consenso de que o objetivo do tratamento é conseguir a drenagem do pus através do canal radicular e/ou por incisão e drenagem.

Após uma semana, o paciente retornou a fístula regrediu e a inflamação foi significativamente reduzida e sem relatos de dor. Com a radiografia de controle (Figura 44) em mãos e as medidas do dente (Tabela 1), iniciamos o tratamento endodôntico. A terapia endodôntica é considerada o tratamento mais conservador, pois interrompe o processo de reabsorção interna e, no caso de polpa necrosada e/ou infectada, envolve a remoção do conteúdo necrótico e a obturação do sistema de canais radiculares, impedindo o desenvolvimento da infecção.

Figura 46 – Radiografia de controle.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Tabela 1 – Medidas do dente.

CAD	23 mm
CRI	21 mm
CRD	22 mm
CRT	21 mm

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

A necrose pulpar geralmente não apresenta sintomas evidentes, mas a mudança na cor do dente pode ser um indicativo de perda de vitalidade da polpa. Se houver incerteza no diagnóstico, o teste de preparo da cavidade (método mecânico) pode ser extremamente útil. Além disso, é fundamental considerar os aspectos radiográficos. Um diagnóstico e tratamento endodôntico adequados promovem a cura de inflamações e infecções dentárias, prevenindo a perda dentária e a disseminação sistêmica de agentes infecciosos.

Com a paciente já posicionada na cadeira e a mesa clínica e mesa auxiliar devidamente montadas (Figura 45), foi realizada a anestesia utilizando a técnica anestésica nasopalatina, complementada pela técnica infiltrativa. A técnica de anestesia nasopalatina é um procedimento usado para anestésiar a região do palato mole e da mucosa nasal. Durante esse procedimento, o cirurgião-dentista insere uma agulha na mucosa palatina, na região do forame incisivo, entre os incisivos centrais superiores, onde emergem os nervos nasopalatinos. Após a inserção da agulha, o anestésico local é injetado lentamente para bloquear os nervos nasopalatinos, proporcionando anestesia na área do palato mole e da mucosa nasal anterior.

Figura 47 – Mesa auxiliar (esquerda) e mesa clínica (direita).



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Considerando que a paciente não apresentava contraindicações quanto à escolha do anestésico, foi administrada Lidocaína[®] 2%, que é o anestésico de primeira escolha. A Lidocaína[®] 2% é uma solução anestésica local composta principalmente por Lidocaína como ingrediente ativo, água para injeção como veículo, e aditivos como Hidróxido de Sódio, Cloreto de Sódio e conservantes para estabilidade e ajuste do pH. A Lidocaína possui um início de ação rápida, geralmente em poucos minutos após a administração, permitindo o início imediato dos procedimentos. Além disso, sua duração de ação é suficiente para a maioria dos procedimentos dentários, reduzindo a necessidade de reinjeções.

Suas características incluem um perfil de segurança estabelecido em doses apropriadas, ampla disponibilidade e custo relativamente baixo. O desenvolvimento de anestésicos e técnicas eficazes tornou os procedimentos odontológicos praticamente indolores para os pacientes, facilitando o tratamento para o profissional. Como citado por (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020), nesse sentido, o sucesso da anestesia local, essencial para remover o fator etiológico da doença a ser tratada, é crucial para uma intervenção odontológica satisfatória.

Foi realizada a abertura coronária com forma triangular ovalada, com a base voltada para a incisal. Para a abertura, utilizou-se a Broca 1012, que possui ponta ativa, e para a formatação, a Broca Endo Z, que possui ponta inativa. O ponto de eleição para início do desgaste no esmalte foi na face palatina, no terço médio da coroa, onde a abertura começou. Esse procedimento foi executado utilizando as Brocas Diamantadas #1012 ou #1014 em alta rotação, com refrigeração auxiliar.

É fundamental possuir um conhecimento profundo da anatomia e morfologia dos diferentes tipos de dentes. A compreensão exata do número, formato, localização e orientação dos canais radiculares é crucial para determinar a configuração da abertura e direcionar o tratamento endodôntico (HERRERA GUERRERO et al., 2020).

Após a realização do acesso coronário e a execução correta da forma de abertura, iniciou-se o isolamento absoluto com Dique de borracha, utilizando o Grampo 212, que se adaptou adequadamente ao dente 21. A irrigação foi feita com solução de Hipoclorito de Sódio® a 2,5%, considerada a melhor opção atualmente, pois atende a todos os requisitos essenciais para um irrigante endodôntico, possuindo uma forte capacidade antibacteriana e eficácia contra fungos, esporos e vírus (ZANDI et al., 2019).

Quando a câmara pulpar foi acessada, foi feita a limpeza da mesma, e notou-se a ausência de sangramento, confirmando o diagnóstico de necrose pulpar. O próximo passo, após o isolamento absoluto, foi a exploração do canal com uma lima da série especial. Utilizou-se a Lima 10K, acompanhada de irrigação constante e sucção com Hipoclorito de sódio® a 2,5%. Com a Lima Hedstrom (10H), procedeu-se à extirpação da polpa até o Comprimento de Referência Inicial (CRI). Durante o procedimento, os canais foram irrigados, sugados e inundados a cada troca de Lima. Em seguida, foi realizada a radiografia de odontometria (Figura 46), que revelou os seguintes valores: CRI ou CRD de 20,5 mm e CRT de 19,5 mm.

Figura 48 – Radiografia de odontometria do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Para a realização dessa endodontia, optei pela técnica manual. Embora os instrumentos manuais de aço inoxidável não sejam tão comuns atualmente, eles ainda são recomendados para a etapa inicial de exploração do canal radicular e para a criação do trajeto de deslizamento (TAVARES et al., 2015). Iniciamos a primeira fase com o Instrumento Apical Foraminal (IAF) no comprimento de referência do Canal Radicular (CRD) utilizando a Lima 15K, ajustando o cursor da Lima ao CRD. Também utilizamos o IAI no Comprimento de Trabalho (CRT) utilizando as Limas 20K e 25K.

Na segunda fase, utilizamos as Brocas Gates Glidden (GG) para o pré-alargamento e alisamento das paredes do canal radicular. O preparo iniciou-se com a Gates 1, 4 mm aquém do CRT de 19,5 mm, seguido pela Gates 2, 6 mm aquém do CRT, e, por fim, com a Gates 3, 8 mm aquém do CRT (Tabela 2). Durante cada etapa, foram realizados movimentos de vai e vem, com aspiração e irrigação do canal a cada troca de broca. As Brocas GG foram os primeiros dispositivos rotatórios usados para o pré-alargamento cervical e continuam sendo amplamente utilizadas devido à sua facilidade de uso, alta eficácia de corte e custo acessível (CALDAS; ANDRADE JUNIOR, 2023).

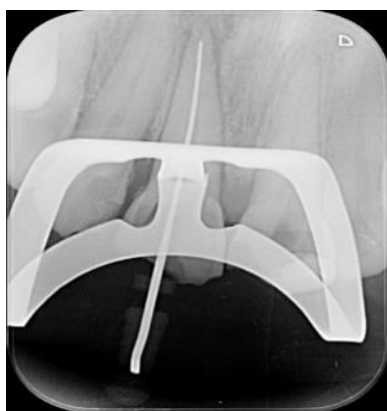
Tabela 2 – Comprimento de instrumentação.

Gates 1 –CRT	-4 mm –15,5mm
Gates 2 –CRT	-6 mm –13,5mm
Gates 3 –CRT	-8 mm –11,5mm

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Nesta terceira fase, tive de determinar qual seria a lima memória, a partir da última lima usada no IAI 25k, utilizando mais 3 limas de maior diâmetro ou até a lima ficar firme no canal. Sempre aspirando e inundando o canal com Hipoclorito de Sódio[®] 2,5% a cada troca de lima. Nesse caso, a lima memória foi a 35k. Com a lima firme no canal, realizamos a radiografia da lima memória, 1mm aquém do ápice (Figura 47).

Figura 49 – Raio-X Lima Memória do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Na quarta fase, foi realizado o escalonamento programado, que consiste na instrumentação do canal com limas de diâmetro maior do que a usada anteriormente, recuando 1 mm do comprimento de trabalho. A cada troca de lima, a lima memória foi inserida no CRT, com aspiração e irrigação contínuas do canal com Hipoclorito de Sódio[®] a 2,5%. O principal benefício desse método é proporcionar uma limpeza mais eficaz, permitindo melhor penetração da solução irrigadora e uma vedação mais completa do canal radicular (HORI et al., 2021).

Após realizar o escalonamento até a lima 55K, a irrigação foi feita com Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético[®] (EDTA) por 3 minutos, utilizando uma Carpule e agulha longa

no CRT, com agitação da solução usando a lima memória, seguido de aspiração e irrigação do canal com Hipoclorito de Sódio[®] a 2,5%.

Concluída a quarta fase, procedi ao selamento provisório com bolinha de Algodão, Cotosol e Ionômero de vidro, e apliquei a medicação intracanal. O medicamento escolhido foi o Hidróxido de Cálcio[®], encerrando assim a primeira sessão. O Hidróxido de Cálcio é amplamente indicado para dentes com polpa necrótica devido às suas propriedades antimicrobianas e ao seu papel no processo de reparo do tecido periapical, características que explicam sua escolha como substância de primeira linha há várias décadas (OLIVEIRA et al., 2010; NERY et al., 2012; KIM; KIM, 2014).

Após uma semana, o paciente retornou à clínica odontológica do UNILAVRAS para a realização da obturação. Com o paciente posicionado no equipo, foi realizada a técnica anestésica infraorbital mais infiltrativa. Em seguida, removi o material selador e procedi com o isolamento absoluto utilizando Dicagem e o Grampo 212. A irrigação e sucção foram realizadas com Hipoclorito de Sódio[®] a 2,5%, e os condutos radiculares foram secos com Cones de Papel. Os cones de guta-percha foram desinfetados no Hipoclorito de sódio[®] a 2,5% por 5 minutos e, em seguida, lavados em soro fisiológico na placa de petri por 3 minutos. A dobra do cone principal foi feita na Régua Calibradora, ajustada à espessura da lima memória, que neste caso foi a 35K. O corte foi realizado, e os cones foram inseridos nos condutos. Foi então feita a radiografia de conometria (Figura 48) para assegurar que a ponta do cone estava posicionada 1 mm aquém do ápice.

Figura 50 – Radiografia de conometria do elemento 21.



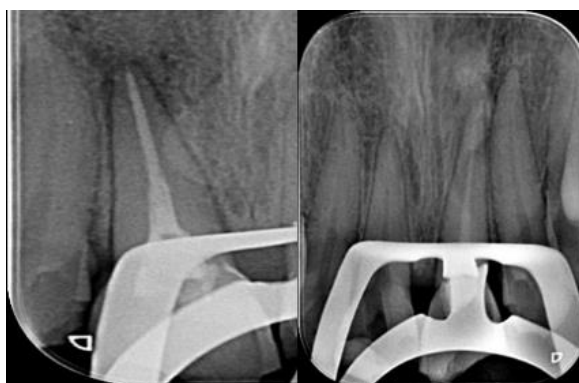
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Realizei novamente a desinfecção dos cones principais e acessórios, seguida pela irrigação e remoção dos condutos com Hipoclorito de Sódio® a 2,5%. Em seguida, sequei os condutos com cones de papel e manipulei o cimento Sealapex em uma Placa de vidro. Apliquei o cimento no cone de guta-percha e o inseri no conduto, repetindo o processo com os cones acessórios.

Aqueci os condensadores em uma lamparina a álcool e cortei os cones no terço cervical dos condutos, isto é, na entrada dos canais radiculares. Logo após, realizei a condensação lateral com um condensador de canal aquecido na lamparina, utilizando um movimento único e horizontal para remover o excesso de cimento. Após a finalização da obturação, procedi com a limpeza da câmara pulpar utilizando uma bola de algodão embebida em Eucaliptol®.

Para o selamento final, empreguei o procedimento de selamento triplo, começando com uma bola de algodão, seguida pela aplicação de Cotosol e, finalmente, o uso de Ionômero de Vidro. Por fim, foi realizada a radiografia final (Figura 49) para avaliar a qualidade da obturação.

Figura 51 – Radiografia final do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Seguindo todas as normas e técnicas corretas para o tratamento do abscesso periapical

e a realização da necropulpectomia do dente 21, é possível esperar um prognóstico favorável.

No entanto, é crucial ressaltar que o acompanhamento adequado do paciente após o tratamento é essencial para garantir a eficácia a longo prazo e a saúde bucal contínua. Com a aplicação cuidadosa de práticas profissionais apropriadas, aliadas ao uso de técnicas endodônticas avançadas, espera-se um resultado favorável e duradouro para o tratamento endodôntico realizado, proporcionando ao paciente uma saúde bucal restaurada e funcional.

O paciente foi encaminhado à Clínica Integrada do UNILAVRAS para realizar a restauração do dente em resina composta. O planejamento minucioso e a execução do tratamento baseado em evidência científica são fundamentais para o sucesso dos tratamentos mais conservadores e para a satisfação do paciente (BARBIERI; PEREIRA; TRAIANO, 2010). No entanto, a recuperação definitiva de um dente submetido a tratamento endodôntico só se completa com a restauração adequada. A terapia endodôntica não termina na fase de obturação do canal radicular, mas inclui o retorno do dente às suas funções através de uma restauração eficaz. Dentes que passam por um tratamento endodôntico bem executado podem ser comprometidos se a restauração for mal realizada ou ausente (LAGE-MARQUES; FENYO-PEREIRA; SAFIOTI, 1996). Portanto, a qualidade da restauração dentária realizada após o tratamento endodôntico tem uma ligação direta com o prognóstico do dente.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação do aluno Bruno Abdalla Caetano

O curso de Odontologia foi uma experiência transformadora que me preparou para enfrentar os desafios da prática clínica com confiança e competência. A combinação de uma sólida base teórica, prática clínica e desenvolvimento pessoal proporcionou uma fundação robusta para minha carreira profissional.

Durante os estágios e atendimentos clínicos, pude aplicar o conhecimento adquirido em sala de aula. A experiência prática foi um dos aspectos mais enriquecedores do curso. Trabalhar com pacientes reais me ajudou a desenvolver habilidades técnicas, como a realização de procedimentos restauradores, extrações e atendimentos de urgência, além de aprimorar minha capacidade de comunicação e empatia.

A jornada acadêmica não foi apenas uma formação técnica, mas também um processo de autodescoberta. Aprendi a lidar com a pressão, a importância do trabalho em equipe e a necessidade de manter uma postura ética e profissional. O convívio com professores e colegas me proporcionou um ambiente de troca de experiências, que contribuiu para meu crescimento pessoal.

Como qualquer trajetória, enfrentei desafios. A carga horária intensa e a demanda por excelência foram aspectos que exigiram resiliência e disciplina. Algumas disciplinas foram mais desafiadoras do que outras, mas cada obstáculo superado me fortaleceu e me ensinou a importância de buscar ajuda e colaboração.

Finalizando minha jornada acadêmica no curso de odontologia na UNILAVRAS, estou motivado a continuar aprendendo e me especializando em áreas que me interessam, sempre buscando oferecer o melhor cuidado possível aos meus futuros pacientes.

3.2 Autoavaliação da aluna Camila Vitória Ázara

Desde o início do curso, enfrentei dificuldades que testaram minha resiliência e determinação. As exigências acadêmicas, combinadas com a prática clínica e o contato com pacientes, foram intensas e exigiram um esforço contínuo para superar obstáculos. Cada desafio que enfrentei serviu como uma oportunidade de aprendizado e evolução. O curso me proporcionou uma base sólida de conhecimento, habilidades práticas e uma compreensão mais profunda da profissão odontológica.

A vivência prática em clínicas e postos de saúde foi particularmente enriquecedora. O tempo dedicado às atividades clínicas e a interação com pacientes foram cruciais para aprimorar minhas habilidades técnicas e adquirir uma visão abrangente da profissão. Esses momentos me ajudaram a entender a importância da precisão, do cuidado e da empatia no atendimento odontológico. Cada experiência, seja na teoria ou na prática, contribuiu para minha formação como uma profissional mais capacitada e preparada para enfrentar os desafios da profissão.

Minha jornada acadêmica também trouxe um crescimento pessoal significativo. A capacidade de lidar com a pressão e de encontrar soluções para problemas complexos foram habilidades que se desenvolveram ao longo dos anos e que certamente impactarão minha vida profissional e pessoal.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a Jeová, por estar sempre comigo, me concedendo paciência, serenidade e as forças necessárias para enfrentar os desafios ao longo dessa jornada. Meus agradecimentos também vão para meus pais, minha irmã e minha avó, cujo apoio e compreensão foram fundamentais para o sucesso da minha jornada acadêmica. Sem o suporte incondicional de minha família, não teria conseguido superar os desafios e alcançar meus objetivos. A paciência e o encorajamento deles foram fontes de força e motivação durante todo o processo.

Em suma, minha experiência no UNILAVRAS foi um período de intenso crescimento e aprendizado. A evolução que experimentei, tanto como profissional quanto como pessoa, é um testemunho do impacto transformador do curso. Estou profundamente grata por todas as oportunidades e suporte que recebi e estou ansiosa para aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridos em minha futura carreira.

3.3 Autoavaliação da aluna Daniela Pinto Mesquita de Assis

Durante minha jornada acadêmica, enfrentei diversos desafios que me fizeram questionar se eu estava no "lugar" certo. Esses momentos de dúvida me levaram a refletir profundamente sobre o que eu queria para o meu futuro. Em cada um desses momentos, respirei fundo, pensei sobre como cheguei até onde estava e percebi que queria continuar e aprender cada vez mais. Esses desafios, em vez de me fazerem desistir, fortaleceram minha determinação.

Hoje, ao me formar em Odontologia no UNILAVRAS, percebo que consegui superar os obstáculos que encontrei pelo caminho. Olhando para trás, vejo que cada dificuldade contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Sempre fui uma aluna e uma pessoa muito responsável, e me orgulho de ter chegado onde estou, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas.

Sei que novos desafios sempre aparecerão, mas estou confiante de que serei capaz de enfrentá-los. Agora, formada, muitos desafios surgirão, mas estou segura de que estou no caminho certo, graças a tudo que aprendi durante o curso de Odontologia na UNILAVRAS.

3.4 Autoavaliação do aluno Nicolas Carvalho Nascimento

Ao longo dos cinco anos cursando Odontologia no UNILAVRAS, enfrentei desafios que me proporcionaram um crescimento pessoal e profissional significativo. Durante essa jornada, adquiri conhecimentos, habilidades e valores que me moldaram para me tornar um profissional competente e ético. Sou profundamente grato pelas experiências que enriqueceram minha formação e me prepararam para os desafios da carreira odontológica.

Desenvolvi minhas habilidades práticas por meio de estágios clínicos e atividades em laboratórios, aprimorando tanto a habilidade manual quanto o conhecimento teórico. Sob a supervisão de professores dedicados, aperfeiçoei competências cruciais, como comunicação

eficaz, empatia e ética profissional, essenciais para estabelecer relações de confiança com os pacientes.

Entre os desafios mais marcantes, destaco o caso do meu TCC, no qual conduzi um tratamento endodôntico em um paciente com abscesso periapical. Essa experiência me ensinou a importância de um olhar atento e cuidadoso, além da necessidade de abordar cada caso com responsabilidade e dedicação. Com o apoio dos professores, consegui conduzir o tratamento de maneira eficaz, devolvendo saúde e bem-estar ao paciente, o que reforçou em mim a paixão pela profissão.

Embora esteja satisfeito com minha trajetória acadêmica, reconheço que há sempre espaço para melhorias. Quero continuar me aprimorando nas áreas onde encontro mais dificuldades, buscando oportunidades de aprendizado e atualização constante para proporcionar tratamentos cada vez mais completos, eficazes e humanizados aos meus pacientes.

Relembro com alegria e gratidão todos os momentos vividos durante essa caminhada, que não teria sido possível sem o apoio da minha família, dos amigos que conquistei e dos professores, que foram verdadeiros mentores ao longo desse processo. Agradeço profundamente a todos que fizeram parte dessa jornada e a Deus, que foi minha fortaleza em momentos de dúvida e insegurança.

Hoje, encerro essa fase com a certeza de que fiz a escolha certa ao optar pela Odontologia e pelo UNILAVRAS. Sei que o caminho à frente ainda reserva muitos desafios, mas sigo confiante e motivado para continuar crescendo como profissional e ser humano, sempre buscando oferecer o melhor para meus pacientes.

4 CONCLUSÃO

Durante nossa trajetória acadêmica em Odontologia, não apenas adquirimos habilidades técnicas, mas também nos tornamos pessoas mais empáticas e conscientes do impacto que nosso trabalho pode ter na vida dos outros. Aprendemos que, além de restaurar sorrisos, nossa missão é cuidar do ser humano de forma integral, considerando sua saúde física e emocional. Cada paciente que atendemos traz consigo histórias, sentimentos e desafios, e é nosso dever abordá-los com respeito, compreensão e sensibilidade.

Descobrimos, ao longo desses anos, que a Odontologia vai muito além de procedimentos clínicos; ela exige uma abordagem integral, que reconhece a importância do bem-estar psicológico e do autocuidado. Essa perspectiva ampliada nos prepara para oferecer um atendimento humanizado, que valoriza o indivíduo em sua totalidade, e não apenas como um caso a ser resolvido.

Nesta nova fase de nossas vidas, levamos conosco não só o conhecimento técnico, mas também as experiências que moldaram nossa visão de mundo e nosso caráter. Cada desafio enfrentado, cada amizade construída e cada lição aprendida contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional. Essas vivências, gravadas em nossa memória, sempre nos lembrarão do quanto valeu a pena cada esforço.

O trabalho de conclusão de curso não foi apenas uma oportunidade de aplicar o que aprendemos, mas também de refletir sobre o impacto que queremos causar no mundo. Sair desta etapa com um profundo senso de dever cumprido nos motiva a continuar aprendendo e nos desenvolvendo, para que possamos ser agentes de transformação na vida das pessoas que atendermos.

Agora, com a bagagem que acumulamos, estamos prontos para encarar os desafios que nos aguardam. Queremos levar adiante os valores de compaixão, empatia e dedicação que cultivamos ao longo desta jornada, e usá-los para fazer a diferença na vida de nossos pacientes, não só como profissionais da Odontologia, mas como seres humanos dispostos a cuidar e a apoiar.

Agradecemos a todos que estiveram ao nosso lado nesta caminhada e seguimos confiantes de que, com o conhecimento e as experiências adquiridas, estamos preparados para deixar uma marca positiva na área odontológica e na vida das pessoas que cruzarem nosso caminho.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. E. S.; LIMA, I. H.; SILVA, I. V. S.; VASCONCELOS, M. G., VASCONCELOS, R. G. As principais alterações dentárias de desenvolvimento. **Salusvita**, v. 36, n. 2, p. 533-563, 2017.
- ARANDI, N. Z. Hyperdontia: exploring the developmental abnormality. **Journal of Pre-Clinical and Clinical Research**, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2020.
- BARBIERI, D. B.; PEREIRA, L. P.; TRAIANO, M. L. Controle e avaliação dos tratamentos endodônticos realizados pelos acadêmicos do componente curricular de Endodontia II, em 2008/1, do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. **Unoesc & Ciência - ACBS**, v. 1, n. 2, p. 117-124, jul.-dez., 2010. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/595>.
- BATISTA, Saulo Hilton Botelho. **Avaliação do emprego de diferentes medidas hemostáticas no controle do sangramento pós-exodontia de pacientes sob terapia anticoagulante**. 2010. 48 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010.
- BERMAN, L. H; HARGREAVES, COHEN, K. M. **Caminhos da polpa**. 12 ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021.
- CALDAS, R. C.; ANDRADE JUNIOR, C. V. de. Influência do alargamento cervical na adaptação do cone de guta-percha. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 32, n. 91, p. 121-132, 2023. DOI: 10.36065/robrac.v32i91.1620.
- CAMPBELL, C. H. C. T. Alterações da microflora bucal em pacientes portadores de aparelho ortodôntico fixo. **Ortodon Gaúcha**, v. 7, n. 2, p. 98-109, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-853003>.
- CÂNDIDO, N. B.; ANDRADE, F.; PONZONI, D.; BASSI, A. P. F.; ARANEGA, A. M.; SOUZA, F. A. Pericoronarite: diagnóstico e tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43(N Especial), p. 86, 2014.
- CARREGAL, Mateus Corradi. **Pericoronarite: Etiologia, Edpidemiologia, Microbiota, Tratamento e Complicações**. 2018. 45p. Trabalho de Conclusão de Curso (Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo-Facial), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
- CONSOLARO, A.; RIBEIRO, F.C. **Periapicopatias: Etiopatogenia e inter-relações dos aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos e suas implicações terapêuticas**. In: Leonardo M.R. & Leal J.M. Endodontia-Tratamento de canais radiculares. 3 ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- CORRÊA, G. de A. **Prótese total: passo-a-passo**. São Paulo: Santos, 2005.
- DOUGLASS, C. W.; SHIH, A.; OSTRY, L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020?, v. 97, n. 6, 2007.

DIAS, J. da N.; RIBEIRO, A. E. de L.; GOMES, M. S.; CORDEIRO, T. O.; ASSUNÇÃO, I. V. de.; BORGES, B. C. D.; LIMA, I. P. C. Efeito dos testes de vitalidade pulpar sobre os dentes posteriores, antes e após preparos cavitários Classe I. **Archives of Health Investigation**, v. 7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i0.3914>. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/3959>.

EDUARDO, C. de P.; BELLO-SILVA, M. S.; RAMALHO, K. M.; LEE, E. M. R.; ARANHA, A. C. C. A terapia fotodinâmica como benefício complementar na clínica odontológica. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.**, v. 69, n. 3, jul.-set., 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000200004#:~=A%20associa%C3%A7%C3%A3o%20de%20uma%20fonte,do%20ingl%C3%AAs%2C%20Photodynamic%20Therapy.

FABIANO, A. C. F.; OLIVEIRA, J. V. N.; ALMEIDA, L. de C.; AZARIAS, M. V. R.; TEIXEIRA, M. F.; BRASIL, A. M. Incisivos centrais inferiores com abscesso periapical agudo demonstrando presença de fístula extraoral com drenagem espontânea. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 40, p. 3, p. 20-27, set.-nov., 2022.

FERNANDES NETO, A. J.; NEVES, F. D. das.; SIMAMOTO JUNIOR, P. C. **Oclusão**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2013.

FRANCISCO, S. S.; SILVA, C. A. da.; ALCÂNTARA, M. C. A.; SUZUKI, C. L. S.; MURRER, R. D.; ARAÚJO, I. de S. Gerenciamento de urgências endodônticas: conhecimentos de acadêmicos de odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF** v. 28, n. 1, p. 1-11, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v28i1.15509>.

HERRERA GUERRERO, E. L.; MONTAGNER, F.; LUISI, S. B.; MELO, T. A. F. de. Análise da prática endodôntica realizada em clínicas odontológicas em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 52, p. e20230024, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.02423>.

HORI, G. M. R.; SILVA, A. A. da.; POLLAY, M.; GUSMAN, D. J. R.; CATELAN, A.; BATISTA, V. E. de S.; MARTINS, C. M. Sucesso após retratamento endodôntico: importância da limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 8, p. 1212-1216, jul., 2021. DOI: [10.21270/archi.v10i8.5095](https://doi.org/10.21270/archi.v10i8.5095).

PATRICIA FREITAS; RENATA MICHELINI GUIDI. **Revista Implant News**, 2023. **Fontes de luz de baixa intensidade na estética facial**. Disponível em: <https://revistaimplantnews.com.br/fontes-de-luz-de-baixa-intensidade-na-estetica-facial/>.

JUURI, E.; BALIC, A. The biology underlying abnormalities of tooth number in humans. **Journal of Dental Research**, v. 96, n. 11, p. 1248-1256, oct., 2017.

KAWASAKI, M.; KAWASAKI, K.; BLACKBURN, J.; OHAZAMA; A. **Molecular mechanisms regulating tooth number**. In: SASAKI, K.; SUZUKI, O.; TAKAHASHI, N. (Eds). *Interface Oral Health Science* Springer, Singapore, 2016, p. 147-162.

KIM, D.; KIM, E. Antimicrobial effect of calcium hydroxide as an intracanal medicament in root canal treatment: a literature review - Part I. In vitro studies **Restorative Dentistry and Endodontics** v. 39, n. 4, p. 241-252, 2014. DOI: [10.5395/rde.2014.39.4.241](https://doi.org/10.5395/rde.2014.39.4.241).

LAGE-MARQUES, J. L.; FENYO-PEREIRA, M.; SAFIOTI, L. M. L. Análise radiográfica da qualidade do tratamento endodôntico e suas interações. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 53, n. 3, p. 11-15, mai./jun., 1996.

LOVAT, L.; FERON, L.; CONDE, A. Pós-operatório de terceiros molares: dietas indicadas. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 47-52, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18764/>.

MARTINS, M.; PAZOS Y GARCIA, M. A.; FERNANDES, M. V.; REIS, E. M. F.; VILELA, R. R.; AZEVEDO, T. S.; PIRES NETO, J. E.; KURIHARA, W. Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluído/impactado. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 2, p. 278-284, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v9i2.2056>.

MEECHAN, J. G.; SEYMOUR, R. A. The use of third molar surgery in clinical pharmacology. , v. 31, n. 6, p. 360-365, dec., 1993 DOI: 10.1016/0266-4356(93)90191-x.

MOURA, C. S.; GEORJUTTI, R. P. A IMPORTÂNCIA DO EXAME RADIOGRÁFICO NA EXECUÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO - REVISÃO DE LITERATURA. **E-RACE-REVISTA DA REUNIÃO ANUAL DE CIÊNCIA E EXTENSÃO**, v. 13, n. 13, 2024.

NERY, M. J.; CINTRA, L. T. A.; GOMES-FILHO, J. E.; DEZAN-JUNIOR, E.; OTOBONI-FILHO, J. A.; SIVIERI-ARAÚJO, G.; NERY, T. S.; SALZEDAS, L. M.P. Estudo longitudinal do sucesso clínico-radiográfico de dentes tratados com medicação intracanal de hidróxido de cálcio. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 41, n. 6, p. 396-401, 2012.

NOGUEIRA, S. S. et al. **Reabilitação oral com próteses totais: prática clínica e laboratorial**. São Paulo: Manole, 2022. E-book. ISBN 9786555769111. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555769111/>.

OLIVEIRA, Jéssica Almeida de. **A importância do diagnóstico e classificação nos tratamentos odontológicos envolvendo endodontia/periodontia: revisão de literatura**. 2021. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia), Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, 2021.

PEGORARO, J.; SILVESTRI, L.; CARA, G.; STEFENON, L.; MOZZINI, C. B. Efeitos adversos do gluconato de clorexidina à 0,12%. **Journal of Oral Investigations**, v. 3, n. 1, p. 33-37, 2014. DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X/j.oralinvestigations.v3n1p33-37>.

ROLDI; ARMELINDO; SOUZA, ROSANA DE.; AZEREDDE, ROGÉRIO ALBURQUEQUE. **Anatomia interna, cavidade de acesso e localização dos canais**. In: LOPES, HÉLIO PEREIRA; SIQUEIRA JÚNIOR, JOSÉ FREITAS. Endodontia: biologia e técnica. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2020, p. 121-142, illus. (BR).

SOUSA, E. L.; GOMES, B. P.; JACINTO, R. C.; ZAIA, A. A.; FERRAZ, C; C. Microbiological profile and antimicrobial susceptibility pattern of infected root canals associated with periapical abscesses. , v. 32, n. 4, p. 573-580, apr., 2013. DOI: 10.1007/s10096-012-1777-5.

SOUZA, Ana Priscila Alves de. **Periodontite em grau avançado: relato de caso**. 2020. 31p. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, 2020.

TAVARES, W. L. F.; MAYOR, C. D. P. S.; GONÇALVES, G. de S.; VIANA, A. C. D.; HENRIQUES, L. C. F. Índice de fratura de instrumentos manuais de aço inoxidável e rotatórios de NiTi em clínica de pós-graduação em Endodontia. **Arq Odontol**, v. 51, n. 3, p. 152-157, jul.-set., 2015.

TURANO, J. C. **Fundamentos de Prótese Total**. 10. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788527734950. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734950/>.

TWORKOWSKI, K.; GASOWSKA, E.; BARYLA, D.; GABIEC, Z. Supernumerary teeth - Literature review, **Journal of Pre-clinical Research**, v. 14, n. 1, p. 18-21, 2020.

YAGIELA, J. A.; DOWD, F. J.; JOHNSON, B. S.; MARIOTTI, A. J.; NEIDLE, E. A. **Farmacologia e terapêutica para dentistas** / John A. Yagiela; [tradução Denise Costa Rodrigues et al.]. Tradução de: Pharmacology and therapeutics for dentistry, 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 960 p.: il.

ZANDI, H.; PETRONIJEVIC, N.; MDALA, I.; KRISTOFFERSEN, A. K.; ENERSEN, M.; RÔÇAS, I. N.; SIQUEIRA JR, J. F.; ØRSTAVIK, D. Outcome of Endodontic Retreatment Using 2 Root Canal Irrigants and Influence of Infection on Healing as Determined by a Molecular Method: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Endodontics*, v. 45, n. 9, p. 1089-1098.e5., set., 2019.