



**UNILAVRAS**

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

**HELLEN KLAUDYA RODRIGUES SILVA**

**JACKSON SILVA CIDALINO**

**LARYSSA SANTOS CARDOSO**

**RAFAELA FONSECA SACRAMENTO**

**VITÓRIA DALILA SILVA CARVALHO**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

**LAVRAS-MG**

**2024**

**HELLEN KLAUDYA RODRIGUES SILVA**  
**JACKSON SILVA CIDALINO**  
**LARYSSA SANTOS CARDOSO**  
**RAFAELA FONSECA SACRAMENTO**  
**VITÓRIA DALILA SILVA CARVALHO**

**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

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

S586p

Silva, Hellen Klaudya Rodrigues.

Portfólio acadêmico / Hellen Klaudya Rodrigues Silva, Jackson Silva Cidalino, Laryssa Santos Cardoso, Rafaela Fonseca Sacramento, Vitória Dalila Silva Carvalho. – Lavras: Unilavras, 2024.

92f. : il.

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

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

1. Anomalia. 2. Ortodontia preventiva. 3. Reabilitação.  
4. Retratamento endodôntico. I. Cidalino, Jackson Silva. II. Cardoso, Laryssa Santos. III. Sacramento, Rafaela Fonseca. IV. Carvalho, Vitória Dalila Silva. V. Foureaux, Renata de Carvalho. (Orient.). VI. Título.

**HELLEN KLAUDYA RODRIGUES SILVA**  
**JACKSON SILVA CIDALINO**  
**LARYSSA SANTOS CARDOSO**  
**RAFAELA FONSECA SACRAMENTO**  
**VITÓRIA DALILA SILVA CARVALHO**

**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 e Presidente da banca**

---

Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares - Centro Universitário de Lavras/UNILAVRAS  
**Membro da banca**

**LAVRAS-MG**

**2024**

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão a todos que contribuíram significativamente ao longo de nossa jornada no curso de Odontologia. Este diploma não é apenas nosso, mas sim uma conquista compartilhada por todos que nos apoiaram e depositaram confiança em nosso trabalho.

Inicialmente, agradecemos a Deus pela força, sabedoria e inspiração que nos concedeu ao longo desta trajetória acadêmica. Suas bênçãos infinitas nos permitiram lutar e realizar o que um dia foi apenas um sonho.

Às nossas famílias, cujo apoio e suporte constante ao longo desses cinco anos foram fundamentais nos momentos desafiadores: vocês foram a base para a realização deste sonho, nossa âncora nos momentos difíceis e nossa fonte de alegria nas conquistas.

Aos amigos que fizemos aqui, com quem compartilhamos vivências inesquecíveis: vocês foram essenciais para nós e valorizamos imensamente cada momento compartilhado. Suas risadas, apoio mútuo e companheirismo tornaram nossa jornada acadêmica ainda mais significativa e memorável.

Aos nossos professores, nossa gratidão por compartilharem seu tempo, conhecimento e experiência conosco. Sua dedicação e sabedoria foram imprescindíveis para nos moldar como profissionais capacitados e comprometidos. Em especial, agradecemos à nossa orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata de Carvalho Foureaux, pelo auxílio na construção deste portfólio acadêmico. Suas contribuições foram essenciais para nosso desenvolvimento acadêmico e pessoal. Contudo, agradecemos a todos que colaboraram para tornar nosso caminho mais leve. Vocês nos encorajaram e contribuíram para que enfrentássemos os obstáculos e chegássemos até aqui. Valorizamos imensamente a confiança que depositaram em nós.

Por fim, somos gratos pela oportunidade de aprender e crescer juntos. Estamos certos de que levaremos esses aprendizados e conexões para toda a vida.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia periapical elemento 21. ....	17
Figura 2 – Vista intrabucal frontal inicial .....	18
Figura 3 – Vista intrabucal lateral direita inicial.....	18
Figura 4 – Vista intrabucal lateral esquerda inicial.....	19
Figura 5 – Aparelho removível confeccionado pela autora .....	20
Figura 6 – Vista intrabucal frontal com o aparelho instalado .....	20
Figura 7 – Vista intrabucal oclusal com o aparelho instalado .....	20
Figura 8 – Vista intrabucal frontal após última ativação .....	21
Figura 9 – Vista intrabucal oclusal após última ativação.....	21
Figura 10 – Vista intraoral frontal final .....	22
Figura 11 – Vista intraoral lateral direita final.....	22
Figura 12 – Vista intraoral lateral esquerda final.....	22
Figura 13 – Radiografia panorâmica.....	24
Figura 14 – Prescrição medicamentosa.....	26
Figura 15 – Periograma.....	27
Figura 16 – Exame clínico .....	28
Figura 17 – Radiografia periapicais .....	28
Figura 18 – Radiografias interproximais.....	29
Figura 19 – Fratura coronária elemento 45.....	30
Figura 20 – Restauração do elemento 45 .....	31
Figura 21 – Exame de endodontia.....	32
Figura 22 – Preparo pino fibra de vidro elemento 16 .....	34
Figura 23 – Moldagem parcial com enceramento.....	35
Figura 24 – Elemento 16 clinicamente .....	35
Figura 25 – Cimentação pino fibra de vidro elemento 16.....	36
Figura 26 – Preparo coroa total elemento 16 .....	37
Figura 27 – Provisório elemento 16.....	37
Figura 28 – Elemento 36.....	38
Figura 29 – Preparo para pino elemento 36 .....	38
Figura 30 – Núcleo de preenchimento elemento 36.....	39
Figura 31 – Preparo coroa total do elemento 36 .....	39
Figura 32 – Provisório elemento 36.....	40

Figura 33 – Moldagem funcional inferior e superior .....	40
Figura 34 – Registro de Mordida .....	41
Figura 35 – Estrutura metálica elemento 16 .....	41
Figura 36 – Coroa total 16 .....	42
Figura 37 – Coroa total 36 .....	42
Figura 38 – Coroa 16 cimentada .....	43
Figura 39 – Coroa 36 cimentada .....	43
Figura 40 – Moldagem de próteses removíveis. ....	44
Figura 41 – Estrutura metálica.....	45
Figura 42 – Montagem articulador PPR .....	45
Figura 43 – Prótese removível .....	46
Figura 44 – Próteses removíveis instaladas .....	46
Figura 45 – Paciente com as próteses .....	47
Figura 46 – Radiografia periapical do Paciente .....	49
Figura 47 – Radiografia Periapical do Paciente .....	50
Figura 48 – Exame Clínico do elemento 21 por vista frontal .....	50
Figura 49 – Exame Clínico do elemento 21 por vista lateral direita.....	51
Figura 50 – Tomografia do paciente .....	51
Figura 51 – Sequência dos desgastes progressivos em 2023/2024 por vista lateral .....	52
Figura 52 – Vista Frontal do último desgaste .....	53
Figura 53 – Restauração Estética de Resina Composta .....	54
Figura 54 – Vista intrabucal frontal inicial .....	56
Figura 55 – Vista intrabucal lateral direita inicial.....	56
Figura 56 – Vista intrabucal lateral esquerda inicial.....	57
Figura 57 – Fotografia extrabucal vista frontal sorrindo.....	57
Figura 58 – Fotografia extrabucal vista frontal.....	57
Figura 59 – Vista intrabucal oclusal com o aparelho instalado.....	59
Figura 60 – Vista intrabucal frontal com o aparelho instalado .....	59
Figura 61 – Vista intrabucal lateral direita com o aparelho instalado.....	59
Figura 62 – Vista intrabucal lateral esquerda com o aparelho instalado.....	60
Figura 63 – Vista intrabucal lateral esquerda um mês após a instalação .....	60
Figura 64 – Vista intrabucal lateral esquerda quatro meses após a instalação.....	61
Figura 65 – Vista intrabucal frontal quatro meses após a instalação do aparelho.....	61

Figura 66 – Vista intrabucal frontal final.....	62
Figura 67 – Vista intrabucal lateral direita final .....	62
Figura 68 – Vista intrabucal lateral esquerda final .....	63
Figura 69 – Materiais utilizados para os testes de vitalidade.....	65
Figura 70 – Teste de palpação .....	66
Figura 71 – Teste de percussão.....	66
Figura 72 – Teste frio.....	66
Figura 73 – Teste de calor.....	67
Figura 74 – Radiografia periapical de estudo .....	67
Figura 75 – Radiografia periapical de estudo 2. ....	68
Figura 76 – Ilustração da técnica da bissetriz .....	68
Figura 77 – Mesa clínica.....	70
Figura 78 – Mesa auxiliar .....	70
Figura 79 – Radiografia de desobturação.....	72
Figura 80 – Radiografia de desobturação 2 .....	72
Figura 81 – Raio-X de desobturação e Odontometria.....	74
Figura 82 – Inseto Clearsonic .....	75
Figura 83 – Guta-Percha remanescente removida .....	76
Figura 84 – Radiografia de desobturação.....	76
Figura 85 – Radiografia de lima memória .....	77
Figura 86 – Radiografia com Hidróxido de Cálcio.....	78
Figura 87 – Radiografia de conometria.....	79
Figura 88 – Radiografia final.....	80

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Dentes com necessidades de tratamento .....	29
Tabela 2 – Resultados dos testes.....	68
Tabela 3 – Medidas necessárias para desobturação do conduto .....	71
Tabela 4 – Todas as medidas de referência para o tratamento endodôntico .....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM - Articulação Temporomandibular

AEV - Atividades Específicas Vocacionais

CA2- Broca Carbide Esférica 2

CAD - Comprimento Aparente do Dente

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CO - Comprimento de Obturação

COVID-19 - Coronavírus

CRD - Comprimento Real do Dente

CRI - Comprimento Real do Instrumento

CRT - Comprimento Real de Trabalho

CT - Comprimento de Trabalho

EDTA - Ácido Etilenodiamino Tetra-acético

g - grama

HL - Haste Longa

K - Lima tipo Kerr

mg - miligrama

MG - Minas Gerais

mm - milímetros

N - Newton

n° - número

NaOCl - Hipoclorito de Sódio

pH- Potencial Hidrogeniônico

ProUni - Programa Universidade para Todos

PSF - Programa Saúde da Família

PUI - Irrigação Ultrassônica Passiva

rpm - rotações por minuto

RX - Raio-X

SP - São Paulo

S-3 - Superior tamanho 3

TCFC - Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

UFLA - Universidade Federal de Lavras

UNILAVRAS - Centro Universitário de Lavras

USF - Universidade São Francisco

VF- Verniz Fluoretado

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 DESENVOLVIMENTO .....	15
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Hellen Klaudya Rodrigues Silva. 15	
2.1.1 Desenvolvimento da Atividade.....	16
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Jackson Silva Cidalino.....	23
2.2.1 Desenvolvimento da Atividade.....	24
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Laryssa Santos Cardoso .....	47
2.3.1 Desenvolvimento da atividade.....	49
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Rafaela Fonseca Sacramento.....	55
2.4.1 Desenvolvimento da atividade.....	56
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vitória Dalila Silva Carvalho.....	63
2.5.1 Desenvolvimento da atividade.....	64
3 AUTOAVALIAÇÃO.....	81
3.1 Autoavaliação da aluna Hellen Klaudya Rodrigues Silva .....	81
3.2 Autoavaliação do aluno Jackson Silva Cidalino .....	82
3.3 Autoavaliação da aluna Laryssa Santos Cardoso.....	82
3.4 Autoavaliação da aluna Rafaela Fonseca Sacramento .....	83
3.5 Autoavaliação da aluna Vitória Dalila Silva Carvalho .....	84
4 CONCLUSÃO .....	85
REFERÊNCIAS.....	86

## 1 INTRODUÇÃO

Este portfólio acadêmico foi elaborado pelos integrantes do grupo como parte das atividades curriculares obrigatórias da graduação em Odontologia do Centro Universitário de Lavras. A seguir, apresenta-se um breve resumo do trabalho de cada um dos integrantes do grupo, os quais serão detalhados adiante neste portfólio.

A aluna Hellen Klaudya Rodrigues Silva apresentou o desenvolvimento de um caso clínico realizado na Clínica Infantil III, com foco na correção de mordida cruzada anterior unilateral, supervisionado pela professora e cirurgiã dentista Ísis Maria Patto Carvalho (Odontopediatra) e pelo professor Dr. Gilberto Oliveira Junior (Ortodontista). O caso demonstra que, com diagnóstico e conduta adequados, além da colaboração da paciente e de sua responsável, obteve-se um resultado satisfatório em um curto período de tempo.

O aluno Jackson Silva Cidalino descreve neste portfólio um caso integrado, envolvendo desde a periodontia até a prótese, no qual a paciente iniciou o tratamento no segundo semestre de 2022 e finalizou no segundo semestre de 2023. O caso visa devolver saúde, bem-estar e qualidade de vida por meio da reabilitação bucal da paciente.

A aluna Laryssa Santos Cardoso descreve neste portfólio um caso iniciado na Clínica Infantil I em 2022, orientada pelos professores Dra. Nádia Carolina Teixeira Marquês e Ms. Ricardo Augusto Barbosa, ambos especialistas em Odontopediatria. O caso apresentado foi diagnosticado como uma anomalia dentária relacionada à forma de um incisivo central. O tratamento realizado visou a melhoria estética, e o resultado obtido deixou o paciente e sua responsável bastante contentes.

A aluna Rafaela Fonseca Sacramento apresentou um caso clínico realizado na Clínica Infantil III, com ênfase na correção da sobremordida, sob a orientação do Professor Dr. José Noberto de Oliveira Júnior, especialista em ortodontia. O caso demonstra que, com diagnóstico preciso e conduta adequada, aliados à colaboração ativa do paciente no uso do aparelho ortodôntico, é possível alcançar um resultado final não apenas favorável, mas também altamente satisfatório em termos estéticos e funcionais.

A aluna Vitória Dalila Silva Carvalho apresentou um caso clínico de retratamento endodôntico em um dente com lesão periapical realizado na Clínica de Atividades Vocacionais Específicas de Endodontia, com orientação do Professor Marcone Reis Luiz. O caso retratado mostra a identificação de falhas no tratamento endodôntico anterior, levando-o ao insucesso, e o uso do conceito Microsonics como auxiliar no tratamento.

Com base nessas vivências únicas, nosso trabalho visa explorar mais a fundo o impacto e as transformações que passamos ao longo da nossa formação acadêmica e pessoal. Convidamos a todos a seguir conosco nessa trajetória, cheia de desafios, superações e aprendizados, que reflete não só nossa jornada, mas também o crescimento contínuo na busca por uma carreira significativa.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Hellen Klaudya Rodrigues Silva**

Meu nome é Hellen Klaudya Rodrigues Silva, tenho 21 anos e sou natural de Campo Belo – MG. Desde criança, sempre gostei de estudar e dizia aos meus pais que iria fazer uma faculdade e sempre fui incentivada a isso. Nessa mesma época, eu já frequentava consultórios odontológicos para tratar de dentes. Confesso que não tive experiências muito boas com dentistas desde então.

No ensino fundamental, o primeiro curso pelo qual me interessei foi Jornalismo e segui essa linha por um bom tempo. Com o passar dos anos, descobri quatro agências e iniciei um tratamento ortodôntico, do qual estava muito insatisfeita com o profissional, que sempre atrasava horas no atendimento e clinicamente não apresentava nenhuma evolução. Foi então, em uma conversa com minha mãe, que eu disse: “Se eu fosse dentista, não iria deixar meus pacientes esperando assim”. Em consequência disso, surgiu o questionamento: por que não ser dentista?

Fiquei até o final do ensino médio com essa ideia. No fim de 2019, minha escola nos levou para fazermos visitas em várias faculdades. Fomos à UFLA e lá me interessei por Agronomia. Depois viemos ao UNILAVRAS, e foi aqui que tive a certeza do que eu queria. Fiquei apaixonada pela Odontologia, sendo Lavras uma opção devido à proximidade com a minha cidade natal.

Em 2020, tive algumas aprovações e optei por cursar Odontologia em Pouso Alegre-MG. Chegando lá, não tive experiências boas e acabou não dando certo. Decidi então retornar a Campo Belo e começar o curso no UNILAVRAS. Dessa forma, mudei-me para Lavras para dar início a este sonho, e o começo foi bem difícil: me adaptar a um lugar novo, com pessoas novas e longe da minha família. No meio do curso, cheguei até a me questionar se realmente era isso que eu queria. Tive uma conversa com meus pais e decidi continuar. Nesses cinco anos, pude ver o quanto a Odontologia transforma. Hoje, cheia de expectativas, posso dizer que estou em paz com minha escolha.

### 2.1.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do sexo feminino, 8 anos de idade, compareceu à Clínica Infantil III do UNILAVRAS acompanhada da responsável, encaminhada pelo PSF para início de tratamento restaurador em setembro de 2023. Na primeira consulta, foi realizada a anamnese, radiografias periapicais, exame clínico intra e extraoral e avaliação ortodôntica.

A anamnese é o conjunto de informações que faz parte da história clínica de um paciente até o momento do exame (CFO, 2022). Nela, deve incluir o motivo principal da reclamação ou busca, suas expectativas, histórico médico da doença atual e histórico odontológico e médico passado e presente, e fornecer o máximo de informações possíveis. É importante documentar problemas anteriores como dores na ATM, estalidos, diminuição da abertura da boca, úlceras na boca, ocorrência de herpes labial, sensibilidade dentária e informações relacionadas aos hábitos de higiene bucal e dieta. Todas essas informações podem ser usadas como evidência (BARROS, 2022, p. 17).

Na anamnese em questão, a responsável relatou não haver problemas sistêmicos e que a criança nunca havia tomado uma anestesia odontológica. A queixa principal da mãe era "cáries". A paciente era tímida e se mostrava bem receosa em relação a dentistas e ao tratamento odontológico. A responsável relatava dificuldades em tratamento anterior devido ao comportamento da filha. A mãe informou também que, um mês atrás, enquanto a paciente ainda possuía o dente 61 na boca, a criança sofreu uma queda no quintal de casa, o que resultou na avulsão do mesmo, enquanto o elemento 21 erupcionava por palatino.

Foi realizada uma radiografia periapical do elemento 21 (Figura 1) para avaliação do mesmo. A radiografia periapical é uma ferramenta complementar fundamental para visualização de fragmentos dentários ou ósseos no interior do alvéolo e dos tecidos moles, presença de corpos estranhos, bem como de fraturas alveolares em casos de avulsão dentária de dentes decíduos. Além disso, sua realização na área afetada permite fazer uma avaliação do dente permanente em desenvolvimento e determinar se ele foi deslocado. (DOS SANTOS et al., 2021). A radiografia em questão não mostrou alterações no elemento 21 (Figura 1)

Figura 1 – Radiografia periapical elemento 21.



Fonte: Prontuário da paciente (2023).

Os exames clínicos extra e intraorais buscam avaliar como um todo a face e a cavidade oral do paciente. No rosto, alterações como assimetrias, inchaços e descolorações, sinais de lesões não acidentais, bem como a palpação de gânglios linfáticos e avaliação da ATM. Na boca, devem ser considerados a aparência dos lábios, mucosa bucal e labial, assoalho, língua, palato, além da avaliação orofaríngea, permitindo a visualização das amígdalas e tonsilas (ALHELOU, 2021).

Nos exames clínicos extra e intraorais realizados na paciente, não foram observadas alterações. No exame clínico dental, constatou-se que a paciente apresentava dentição mista com uma higiene oral deficiente, presença de muitas lesões cariosas ativas e inativas, destruição coronária causada por cárie e presença de pólipos pulpar. O pólipo pulpar é um tipo de hiperplasia inflamatória. Quando a polpa do dente exposta tem contato com cáries ou traumas, ainda recebendo suprimento sanguíneo, resulta numa inflamação que provoca o crescimento do tecido de granulação de tonalidade rosa ou avermelhada (LAECI, 2023).

Na avaliação ortodôntica, foi observado que a paciente possuía mordida cruzada dentária anterior unilateral (Figura 2 a 4), ocasionada pela retenção prolongada do elemento 61. A avaliação também mostrou que a paciente apresentava relação de caninos e molares normal (Classe I) (Figuras 3 e 4). A chave de canino considerada normal é quando a ponta da cúspide do canino superior oclui na ameia entre o canino e o primeiro molar decíduos inferiores (DE ALMEIDA, 2013). A relação sagital dos molares permanentes, de acordo com a classificação de Angle, é considerada adequada quando a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior permanente oclui com o sulco vestibular do primeiro molar inferior. Constatou-se também a presença de um apinhamento primário temporário na arcada inferior (FOGGIATO et al., 2020).

O apinhamento é considerado primário no primeiro período transitório (6 a 8,5 anos), tendo como referência 2mm para apinhamento leve. Sua etiologia se dá pela discrepância entre

o tamanho dos dentes decíduos e os permanentes sucessores, associado à condição genética. Nesses casos, é recomendado um acompanhamento, visto que, à medida que acontece o desenvolvimento esquelético, é esperado que evolua para uma situação de normalidade (ROSAL, 2021).

Figura 2 – Vista intrabucal frontal inicial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 3 – Vista intrabucal lateral direita inicial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 4 – Vista intrabucal lateral esquerda inicial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Nas consultas subsequentes, foi dado início ao tratamento restaurador a partir da qualificação de riscos, para posterior moldagem, confecção e instalação do aparelho removível. Desde o início, as consultas foram graduais, tentando dessensibilizar a paciente. Obtivemos êxito a cada sessão, aos poucos a criança foi se mostrando dócil e aceitando o tratamento.

Após algumas sessões restauradoras de maior urgência, deu-se início ao tratamento ortodôntico. A priori, o tratamento proposto foi o interceptador, visando a correção prévia detectada, promovendo o reestabelecimento da oclusão normal, bem como a devolução de sua função e estética, com o objetivo principal de vestibularizar o elemento 21, aproveitando o crescimento da paciente. Lançando mão de um aparelho removível, com placa de acrílico e mola simples, para corrigir a mordida cruzada dentária anterior unilateral (DE ALMEIDA, 2013; MENDES; MAGALHÃES; CAETANO, 2023).

A paciente foi moldada com moldeira perfurada de alumínio tamanho S-3 e Alginato tipo II. Após obtenção do molde, fizemos o modelo vazado com Gesso Pedra tipo IV. Com o modelo em mãos, foi iniciada a confecção do aparelho. Usando um alicate ortodôntico nº 139, foi construído um arco vestibular, dois grampos de Adams, e uma gota, ambos com fio de aço 0,7mm, e uma mola simples, com fio de aço 0,6mm. Posteriormente, os grampos foram acrilizados no modelo juntamente com um batente oclusal (Figura 5) A mola tinha como finalidade vestibularizar o elemento 21, e o batente oclusal tinha o objetivo de desocluir os dentes na região anterior. A ativação deste tipo de aparelho libera uma força suave e intermitente de 30 a 50g (DE ALMEIDA, 2013).

Figura 5 – Aparelho removível confeccionado pela autora.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

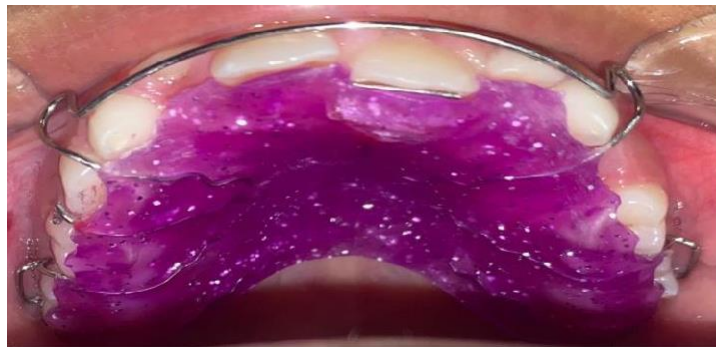
O aparelho foi instalado no final de outubro de 2023 sem nenhuma ativação (Figuras 6 e 7), apenas para que a paciente pudesse se familiarizar com o novo dispositivo. Foram dadas instruções à responsável e também à paciente sobre a importância do uso contínuo do mesmo, e que fosse retirado apenas no momento das refeições, bem como orientações de higienização.

Figura 6 – Vista intrabucal frontal com o aparelho instalado.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 7 – Vista intrabucal oclusal com o aparelho instalado.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Na semana seguinte, a mãe relatou um pouco de dificuldade em relação ao uso contínuo. Então, conversamos novamente com a paciente e, logo após, foi realizada a primeira ativação.

As ativações preconizadas para o aparelho em questão devem ser feitas a cada 21 dias (DE ALMEIDA, 2013). Após o prazo estipulado pela preconização do método, a criança compareceu à Clínica Infantil III novamente com a responsável para a última consulta do semestre e a segunda ativação do aparelho (Figuras 8 e 9).

Figura 8 – Vista intrabucal frontal após última ativação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 9 – Vista intrabucal oclusal após última ativação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após a realização da segunda e última ativação, a mãe da criança foi orientada a continuar com o uso do aparelho mesmo durante o período de férias, e que logo após o retorno das clínicas, a paciente seria chamada novamente para uma nova avaliação.

Logo no início de 2024, a mãe e a criança foram chamadas para nova avaliação e continuação do tratamento na Clínica Infantil III. De imediato, foi perguntado à responsável sobre o aparelho, e ela relatou que ele foi perdido, mas que a paciente o usou por cerca de um mês e meio após a última ativação feita em novembro de 2023.

Entretanto, após as novas avaliações ortodônticas feitas, constatou-se que a mordida cruzada dentária unilateral já havia sido corrigida (Figura 10 a 12) apenas com as duas ativações feitas no semestre anterior.

Figura 10 – Vista intraoral frontal final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 11 – Vista intraoral lateral direita final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 12 – Vista intraoral lateral esquerda final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Assim sendo, o tratamento ortodôntico foi dado como concluído com menos de dois meses de uso intensivo do aparelho removível com placa de acrílico e mola simples. É evidente também a autocorreção do apinhamento primário temporário da arcada inferior, como já era esperado. Recomendou-se uma proservação e acompanhamento bimestral para o caso em questão. A criança continua na Clínica Infantil III para a finalização do tratamento restaurador.

O prognóstico foi dado como favorável, visto que a própria oclusão com os incisivos inferiores faz a função de contenção do elemento 21, além da idade precoce em que foi tratado (DE ALMEIDA, 2013). Em síntese, através do diagnóstico e tratamento precisos, devolvemos função e estética à paciente, lançando mão da ortodontia interceptativa realizada o mais cedo possível, evitando danos futuros mais complexos e proporcionando um desenvolvimento normal da oclusão (MENDES; MAGALHÃES; CAETANO, 2023). Obtendo assim, um resultado positivo para todos os envolvidos no caso em questão.

## **2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Jackson Silva Cidalino**

Me chamo Jackson Silva Cidalino, tenho 22 anos e sou natural de Campo Belo. A graduação em Odontologia veio em mente durante o ensino médio e tive a certeza que queria cursar essa área durante uma visita para conhecer os cursos de graduação do UNILAVRAS. Já a minha iniciação no curso foi um grande desafio, devido ao fato de não ser aprovado de primeira.

Fiz outro curso insatisfeito na UFLA assim que concluí o ensino médio, durante 6 meses, mesmo sabendo que queria cursar Odontologia. Portanto, no meio do ano de 2020, durante a pandemia, iniciei Odontologia no Centro Universitário de Lavras pelo FIES (Financiamento Estudantil). Fiquei muito grato e me encontrei na Odontologia, especialmente por conseguir estudar em Lavras, que é a cidade mais próxima da minha cidade natal, onde teria mais oportunidades de ir para casa aos finais de semana.

Sendo assim, as aulas eram de forma remota e apenas algumas práticas presenciais devido ao COVID-19, o que não era tão agradável para mim, por não ter aquela interação com os colegas de turma e conhecer de fato todos. Mas com o passar do tempo, tudo foi se ajustando, e as aulas presenciais voltaram. Diante disso, passaram-se os 5 anos e o curso foi uma jornada incrível, cheia de aprendizados e desafios que me permitiram crescer na vida pessoal e profissional. Cada disciplina, cada prática clínica foi uma oportunidade de aprimorar minhas habilidades e conhecimentos.

Além disso, o curso me proporcionou uma visão da importância da saúde bucal para o bem-estar das pessoas. Saber que vou continuar contribuindo para essa área tão significativa me enche de orgulho e motivação. Olhando para o futuro, não me vejo apenas como um dentista, mas como alguém que tem o privilégio de fazer a diferença na vida das pessoas.

### 2.2.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do sexo feminino, 34 anos, sem nenhuma alteração sistêmica, procurou atendimento na Clínica Odontológica do UNILAVRAS de Diagnóstico Oral, com queixa de sensibilidade nos dentes perdidos e insatisfação com essa ausência de dentes. No exame clínico, foram notadas várias raízes residuais e dentes com fraturas coronárias. Foi solicitado um exame de imagem, a radiografia panorâmica de boca semiaberta (Figura 13), para avaliação radiográfica.

A radiografia panorâmica é uma técnica radiográfica que possibilita uma visão global de todas as estruturas que compõem o complexo maxilomandibular, ou seja, dentes, tecido ósseo de suporte e estruturas anatômicas adjacentes, como seios maxilares, articulações temporomandibulares (ATM) e cavidade nasal, com uma única exposição (FENYO-PEREIRA, 2021, p. 78).

A radiografia panorâmica também auxilia no diagnóstico e na orientação da conduta clínica. Suas vantagens incluem a fácil execução da técnica, baixo custo, pequena dose de radiação e visualização ampla do complexo maxilomandibular (PORTO; SILVA, CORREIA, 2022).

Figura 13 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Diante da radiografia panorâmica, a paciente foi encaminhada para a Clínica específica de Cirurgia, onde eu a atenderia, pois estava no começo do quinto período. Iríamos realizar as

extrações das raízes residuais dos elementos 14, 15, 24, 25, 26, 37, 46 e 47. Sendo assim, orientado pelo professor da disciplina, foram realizadas a anamnese e triagem da paciente no dia 30 de setembro de 2022.

Na semana seguinte, foram realizadas as extrações das raízes residuais dos elementos 46 e 47, a posterior remoção de sutura e a extração do elemento 37. Após 7 dias, foram realizadas a remoção de sutura e a exodontia do elemento 26. Depois de aproximadamente um mês, devido ao cronograma, as clínicas de cirurgia retornaram e realizei a extração dos elementos 24 e 25.

A técnica utilizada para a extração das raízes residuais foi a técnica fechada. Aferimos a pressão da paciente, montamos a mesa clínica com toda a biossegurança, fizemos a antissepsia intraoral com Clorexidina 0,12% e extraoral com Clorexidina 2%, realizamos a técnica anestésica e o descolamento do tecido com descolador de Molt, luxação com alavancas retas e fórceps 69, e com o elemento luxado, avulsão com o fórceps. Após isso, realizamos a curetagem para formação do coágulo e suturas em X. Essa técnica foi utilizada para todas as raízes residuais.

Foi receitado para a paciente Amoxicilina 500mg, para evitar infecções pós-operatórias; Dexametasona 4mg, um corticosteroide usado para prevenir inflamações; e Dipirona monoidratada 500mg, um analgésico para prevenir dores (Figura 14). “A prática comum na cirurgia bucal é a administração profilática de antimicrobianos com o objetivo de reduzir a incidência de infecções pós-operatórias” (PEREIRA; BARBOSA; JACOBINA, 2023, p. 8).

A Dexametasona e a Betametasona são os dois corticoides mais empregados na odontologia, administrados em cirurgias que geram quadros inflamatórios mais significativos, devido à redução do edema. Os analgésicos não opioides, como a dipirona e o paracetamol, costumam ser os mais empregados pelos dentistas para o adequado controle da dor leve e moderada (LUSTOSA, 2022).

A absorção desses medicamentos, que é o processo pelo qual eles entram na corrente sanguínea, é feita por via oral, onde o medicamento é ingerido e passa pelo trato gastrointestinal, sendo dissolvido e absorvido no intestino delgado. Após a absorção, o medicamento passa pela fase de distribuição, sendo transportado pelo sangue para tecidos e órgãos do corpo. Em seguida, ele é metabolizado, processo em que o medicamento é quimicamente alterado no corpo, principalmente no fígado, por meio de reações enzimáticas, tornando o medicamento mais hidrossolúvel para facilitar a excreção. Finalmente, a excreção, processo pelo qual o medicamento é eliminado do corpo, ocorre por via renal, sendo excretado pela urina.

Figura 14 – Prescrição medicamentosa.

**UNILAVRAS**  
 Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia  
 Rua Padre José Poggiani, 566 - Bairro Padre Eterno - 37203-904 - Lavras/MG  
 http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

**UNILAVRAS**

CLINICAS ODONTOLÓGICAS  
 RECEITUÁRIO

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Tel.: (0xx \_\_\_\_\_)

Uso oral

1- Dexametasona 4mg \_\_\_\_\_ 10 comp.  
 Tome 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias.

2- Amoxicilina 500mg \_\_\_\_\_ 21 cápsulas.  
 Tome 1 cápsula de 3 em 3 horas por 7 dias.

3- Dipirona Monodestilado 500mg \_\_\_\_\_ 18 comp.  
 Tome 1 comprimido de 6 em 6 horas por 3 dias

\_\_\_\_\_

Cláudio Aguiar de Almeida, UNILAVRAS  
 Pós-Grad. em Odontologia  
 Especialista em Periodontia  
 CRMGO 50833

Lavras 18 de Abril de 2023.

Recebi e ingirei em \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação, na dosagem e no concentrado, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deve entrar em contato imediato com \_\_\_\_\_ pelo telefone \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente: \_\_\_\_\_

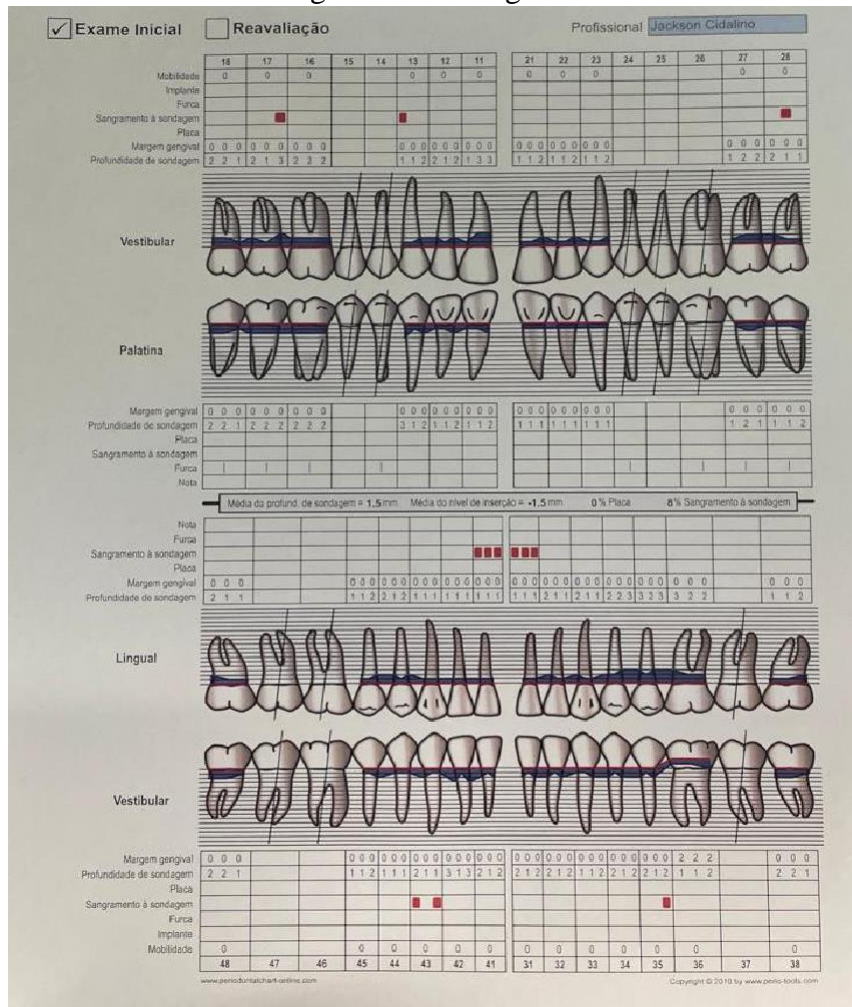
Novo sinal: "Poi Deo et Homo": dar glória a Deus através da produção honesta de artigos científicos com seriedade e amor por causa

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Logo após, o período entrou na reta final e comuniquei à paciente que a chamaria para o tratamento integrado no próximo semestre, nas disciplinas de Clínica Integrada III e IV.

No começo de 2023, assim que as clínicas começaram, a paciente retornou para iniciarmos o tratamento integrado. Começamos pelo exame de periodontia, o Periograma (Figura 15), onde a paciente foi diagnosticada com Saúde Clínica em periodonto íntegro, devido à profundidade de sondagem ser igual ou menor que 3mm e ao sangramento à sondagem ser menor que 10%. A média da profundidade de sondagem foi de 1,5mm e 8% de sangramento à sondagem.

Figura 15 – Periograma.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Dessa forma, foi realizado o tratamento periodontal básico, que incluiu controle químico do biofilme com fucsina, instrução de higiene oral e profilaxia.

Logo após a periodontia, avançamos para a área de dentística, onde realizamos o exame clínico da paciente (Figura 16), além de fazer as radiografias periapicais (Figura 17) e as radiografias interproximais (Figura 18).

Figura 16 – Exame clínico.

Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS EXAME CLÍNICO DE DENTÍSTICA - DATA: 28/03/23  
 PACIENTE: [Redacted] PRONTUÁRIO: [Redacted] Aluno(a) Jackson Góes

Dente	Situação Atual	À fazer
18	LCASC - O	Veerig fluoretado OK
17	Rest. amálgama Cl I - O	-
16	Destruição coronária	Retentor interradicular
15	Raiz residual	-
14	Raiz residual	-
13	Rest. Cl III - D / Lesão cariosa D	Rest. RC Cl III - D
12	Hígido	-
11	Teinca de esmalte - fratura incisal	-
21	Hígido	-
22	Hígido	-
23	Rest. RC Cl III - D satisfatória	Acabamento e polimento / Reavaliação
24	ausente	-
25	ausente	-
26	ausente	-
27	Rest. amálgama Cl I - O satisfatória	-
28	LCISC - O	Veerig fluoretado OK
38	LCASC - O	Veerig fluoretado OK
37	ausente	-
36	Destruição coronária	Retentor interradicular
35	Rest. amálgama Cl II O - D satisfatória	-
34	Hígido	-
33	Hígido	-
32	Hígido	-
31	Teinca de esmalte	-
41	Teinca de esmalte	-
42	Hígido	-
43	Hígido	-
44	Hígido	-
45	Fratura coronária O - D	Rest. RC Cl II O - D OK
46	ausente	-
47	ausente	-
48	LCISC - O	Veerig fluoretado OK

28/03/23

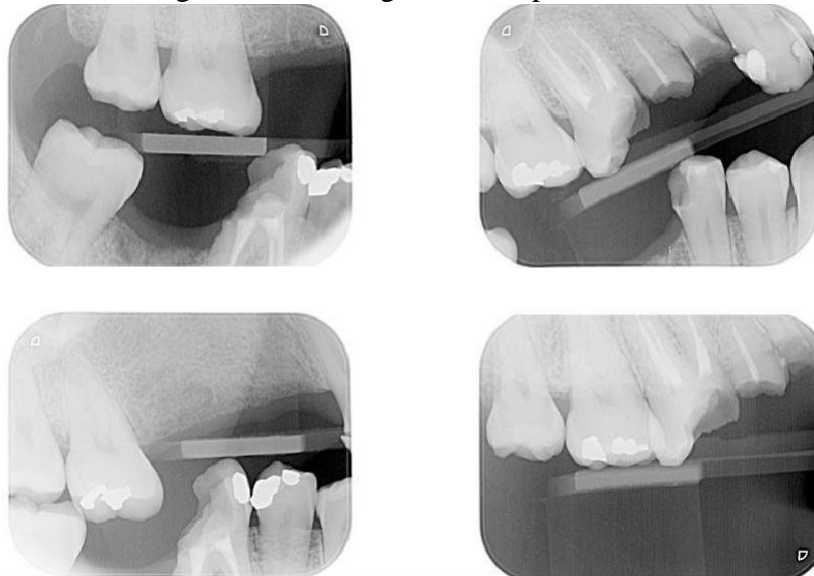
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 17 – Radiografia periapicais.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 18 – Radiografias interproximais.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

As radiografias interproximais foram solicitadas para a detecção de cáries, sendo a técnica *bitewing*, também conhecida como interproximal, a mais indicada. “Quando bem executada, essa radiografia fornece informações valiosas para complementar o diagnóstico, permitindo uma melhor estimativa da profundidade das cáries proximais e oclusais em dentina, que pode ser mais sensível do que a inspeção clínica isoladamente (SOUZA et al., 2012, p.85). Após a avaliação das radiografias realizadas e do exame clínico, foram observadas as seguintes condições e o tratamento proposto:

Tabela 1 – Dentes com necessidades de tratamento.

<b>Dente</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Tratamento</b>
13	Lesão cariosa distal	Restauração com resina composta
16	Destruição coronária	Retentor intrarradicular e coroa total
18	Lesão cariosa ativa sem cavitação	Verniz Fluoretado
28	Lesão cariosa inativa sem cavitação	Verniz fluoretado
36	Destruição coronária	Retentor intrarradicular e coroa total
38	Lesão cariosa ativa sem cavitação	Verniz fluoretado
45	Fratura coronária ocluso-distal	Restauração com resina composta
48	Lesão cariosa inativa sem cavitação	Verniz fluoretado

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Iniciei o tratamento pelo dente 13, que apresentava uma lesão cáriosa ativa na face distal infiltrada, visível sob a restauração de resina composta, conforme evidenciado pela radiografia periapical. Como o elemento 14 era uma raiz residual, a abordagem foi de acesso direto para a nova restauração.

#### **2.2.1.1 Procedimentos realizados para o dente 13:**

1. Remoção da Restauração Antiga: A resina composta foi removida com a broca 1012 em alta rotação com irrigação.
2. Remoção do Tecido Cariado: Ao atingir o tecido cariado, utilizou-se a broca CA2 em baixa rotação e uma colher de dentina para a remoção completa do tecido afetado.
3. Profilaxia: Foi realizada com escova de Robson, pedra-pomes e água.
4. Isolamento Absoluto: Feito com lençol de borracha de arco de Young.
5. Condicionamento: Aplicação de Ácido Fosfórico 37% somente no esmalte por 15 segundos, seguido de lavagem por 30 segundos e secagem.
6. Adesivo: Aplicação do adesivo Single Bond Universal 3M com Microbrush, jato de ar para evaporar o solvente e fotoativação por 20 segundos.
7. Restauração: Aplicação de resina composta Filtek Z250X cor A2 da 3M de forma incremental e polimerização gradual. Após a restauração, foi removido o isolamento e feito o acabamento e polimento com broca 3131 e borrachas grossa, média e fina (LUND, 2016).

#### **2.2.1.2 Para o dente 45:**

O dente apresentava uma fratura coronária e lesão cáriosa (Figura 19). O tratamento para o elemento 45 será baseado na avaliação das condições observadas e envolverá a remoção da estrutura comprometida, preparação adequada do dente e restauração conforme as diretrizes clínicas e o estado do dente.

Figura 19 – Fratura coronária elemento 45.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Para o tratamento do dente 45 (Figura 20), que apresentava fratura coronária e lesão cariosa, foram seguidos os seguintes procedimentos:

1. Remoção do Tecido Cariado: Utilizou-se a broca CA2 em baixa rotação e uma colher de dentina para a remoção completa do tecido cariado.
2. Profilaxia: Realizada com escova de Robson, pedra-pomes e água, para limpeza da cavidade.
3. Isolamento Absoluto: Aplicado com lençol de borracha de arco de Young para garantir um ambiente seco e limpo durante o procedimento.
4. Condicionamento: Ácido Fosfórico 37% foi aplicado somente em esmalte por 15 segundos, seguido de lavagem por 30 segundos e secagem.
5. Aplicação do Adesivo: Utilizou-se o adesivo Single Bond Universal 3M, aplicado com Microbrush de forma ativa. Em seguida, foi realizado um jato de ar para evaporar o solvente e a fotoativação por 20 segundos.
6. Restauração: Aplicação de resina composta Filtek Z250X cor A2 da 3M foi feita de forma incremental, com polimerização gradual. Após a restauração, o isolamento foi removido e o acabamento e polimento foram realizados com broca 3131 e borrachas grossa, média e fina (LUND, 2016).

Figura 20 – Restauração do elemento 45.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

#### **2.2.1.3 Endodontia:**

1. Exame Endodôntico: Foi realizado o exame endodôntico (Figura 21) para avaliar a necessidade de tratamentos adicionais.
2. Preparo para Pino:

- Elementos 16 e 36: Realizei o preparo para a colocação de pino, preparando os dentes para posterior confecção de coroa total.

#### Exodontia de Raízes Residuais:

1. Elementos 14 e 15: A exodontia das raízes residuais foi agendada e realizada em 2023.

- Técnica e Receituário: Foi utilizada a mesma técnica e receituário já descritos para as outras raízes residuais, incluindo antibióticos, corticosteroides e analgésicos conforme necessário.

Figura 21 – Exame de endodontia.

Dados Endodônticos	DENTE 17	DENTE 36	DENTE _____	DENTE _____
Dor (Ausente, Presente)				
Condições de aparecimento (Espontâneo, Provocada)				
Sede (localizada, difusa, reflexa)				
Frequência (intermitente, contínua)				
Duração (curta, prolongada)				
Alívio (calor, frio)				
Intensificação (calor, frio, mastigação, pressão, decúbito)				
Emprego de analgésico (com êxito, sem êxito)				
Exposição pulpar (não, sim)				
Coloração da coroa (normal, modificada)				
Mucosa (edema, fistula)				
Testes (Frio, calor)				
Percussão (Vertical, Horizontal)				
Palpação (coronária, apical)				
Teste de cavidade (positiva, negativa)				
Câmara Pulpar (normal, modificada)				
Canais radiculares (não obturados, obturados parcialmente, obturados totalmente)				
Presença de corpos estranhos (sim, não)				
Reabsorção interna (sim, não)				
Reabsorção externa (sim, não)				
Periapice (normal, espessamento, rompido)				
Ossos alveolar (com lesão, sem lesão)				
Diagnóstico clínico	test. endodôntico satisfatório	test. endodôntico satisfatório		
ODONTOMETRIA				
CAD				
CR1				
CRD				
CRT				
Instrumento inicial (DA)				
Instrumento final (DC)				
Ponto de referência				
Substância irrigadora				
Medicação intracanal				
Material obturador				
Selamento provisório				

Lavras, 28 de março de 2023

-> Preparo para pino elemento 17 e 36.

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O procedimento realizado de preparo para pino no elemento 16 envolveu os seguintes passos detalhados:

Preparo para Pino no Elemento 16:

1. Medição do Canal:

- Comprimento de Obturação do Canal (CO): 17,6mm.
- Comprimento de Trabalho (CT): Calculado subtraindo 5mm do CO, resultando em 12,6mm.

2. Anestesia:

- Técnica Anestésica: Anestesia infiltrativa e interpapilar foi aplicada para garantir o conforto da paciente durante o procedimento.

3. Acesso ao Canal:

- Brocas Utilizadas: Acesso ao canal realizado com a broca 1014HL e EndoZ.

4. Isolamento e Irrigação:

- Isolamento Absoluto: Foi utilizado para manter a área seca e limpa.
- Irrigantes: Inundação e sucção da câmara pulpar com Hipoclorito de Sódio a 2,5%.

5. Preparo do Canal:

- Brocas de Baixa Rotação: Utilização das brocas largo 1, 2, 3, com inserção no canal e movimentos de bicadas ao longo do eixo do dente.
- Stop de Silicone: Colocado no comprimento de trabalho para controlar a profundidade.

6. Limpeza e Desinfecção:

- Irrigação: Hipoclorito de Sódio a 2,5% utilizado a cada troca de broca.
- Limpeza da Câmara Pulpar: Com a lima K 21mm no comprimento de trabalho, enrolada com algodão e eucaliptol.

7. Selamento Temporário:

- Selamento Triplo: Aplicação de algodão, cimento obturador temporário e ionômero de vidro.
- Radiografia Final: Realizada para confirmar o procedimento e a adequada preparação do canal (Figura 22).

Essa abordagem garantiu uma preparação cuidadosa e adequada para a colocação do pino, respeitando os protocolos de irrigação e limpeza para assegurar o sucesso do tratamento.

Figura 22 – Preparo pino fibra de vidro elemento 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Para a moldagem parcial e confecção do provisório do elemento 16 (Figura 23), o procedimento incluiu:

#### Moldagem e Confecção do Provisório:

##### 1. Moldagem Parcial:

- Material Utilizado: Alginato foi aplicado para a moldagem da região do elemento 16.

- Objetivo: Criar um elemento dentário que permitirá a confecção do provisório.

##### 2. Enceramento:

- Técnica Utilizada: O modelo obtido com a moldagem foi encerado para replicar a forma final desejada do elemento 16.

- Objetivo: O enceramento facilita a confecção do provisório, garantindo que o mesmo tenha a forma e função desejadas.

##### 3. Confecção do Provisório:

- Técnica da Moldagem Prévia:

- Modelo Encerado: O modelo encerado foi utilizado para criar uma forma preliminar do provisório. Sendo moldado com silicone denso.

- Resina Acrílica: No molde de silicone denso do modelo encerado, foi inserido resina acrílica para criar o provisório que será colocado no dente até que a coroa final seja confeccionada e instalada.

Esse processo é crucial para garantir que o provisório tenha a forma correta e funcione adequadamente até que a coroa permanente esteja pronta. A moldagem prévia permite um ajuste preciso e uma adaptação adequada ao preparo dentário.

Figura 23 – Moldagem parcial com enceramento.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O dente 16 estava clinicamente conforme mostrado na figura 24. Foi feita a cimentação do pino de fibra de vidro. Em casos de grande perda da estrutura dentária, pode-se utilizar intraradiculares, visando oferecer melhor suporte para a reabilitação da unidade (SILVA et al., 2020)

Figura 24 – Elemento 16 clinicamente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Dessa forma, foi feita a técnica anestésica interpapilar para isolamento absoluto, seleção do pino de fibra de vidro, limpeza do pino com álcool 70%, aplicação de silano e espera de secagem por 1 minuto, aplicação de adesivo Single Bond 2 3M, jato de ar para evaporar o solvente e fotoativação por 20 segundos. No preparo do dente para receber o pino, foi feita a irrigação com soro fisiológico e a secagem do preparo com cone de papel. O cimento resinoso

escolhido foi o Relyx U200 3M – um cimento autoadesivo dual. Feita a manipulação do cimento resinoso na placa de vidro, utilizou-se a seringa Centrix para levar o cimento resinoso ao interior do conduto, inserir o pino de fibra de vidro pré-fabricado, verificar sua posição e fotoativar. A Figura 25 demonstra o resultado final da cimentação do retentor intrarradicular.

Os pinos de fibra de vidro (PFV) entram em destaque por possuírem módulo de elasticidade semelhante ao da dentina, boa distribuição das forças mecânicas, biocompatibilidade, adequadas propriedades mecânicas, tal como tempo de trabalho reduzido (podem ser cimentados em sessão única), resistência à corrosão e estética favorável (SILVA et al., 2020)

Figura 25 – Cimentação pino fibra de vidro elemento 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Foi feito um núcleo de preenchimento com resina composta após a cimentação do pino. A paciente retornou na sessão seguinte, quando fizemos o preparo para coroa total (Figura 26) e a confecção do provisório pela técnica da moldagem prévia (Figura 27).

Figura 26 – Preparo coroa total elemento 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 27 – Provisório elemento 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O preparo foi iniciado com a definição dos sulcos de orientação cervicais nas faces vestibular e lingual com a broca 1012. Em seguida, definiram-se os sulcos de orientação axiais no terço médio-oclusal vestibular e lingual com a broca 2135, com três sulcos: um no centro do dente, um próximo à face distal e outro próximo à face mesial. Posteriormente, realizaram-se os sulcos de orientação oclusal com a broca 1094, o desgaste proximal rompendo o ponto de contato na distal com a broca 2200, e, por fim, a união dos sulcos de orientação com a broca 2135. Todas as brocas utilizadas foram em alta rotação.

A confecção do provisório pela técnica da moldagem prévia foi realizada da seguinte forma: utilizei o enceramento mostrado na Figura 23, moldei com silicone de condensação denso Zetaplus Zhermack e, após a manipulação da resina acrílica na fase plástica, que é a fase de trabalho, inseri-a na moldagem com silicone e, em seguida, na boca da paciente, com o dente

isolado com vaselina. Foi feito o processo de retirada e inserção no preparo até a fase densa. Logo após, foi realizado o acabamento e polimento desse provisório, que foi cimentado temporariamente no dente com o cimento Hydro C da Dentsply, conforme a Figura 27.

Com o dente 16 finalizado para a confecção da coroa total, iniciaram-se os mesmos procedimentos no elemento 36 (Figura 28): preparo para pino, cimentação do pino de fibra, núcleo de preenchimento, confecção do provisório e preparo para coroa total.

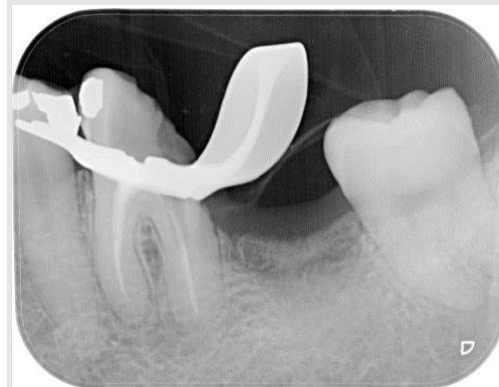
Figura 28 – Elemento 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Dessa maneira, foi feito o preparo do dente para receber o pino, utilizando a mesma técnica empregada no elemento 16. A única diferença foi o comprimento de trabalho realizado, que foi de 12mm. A Figura 29 mostra o preparo para pino do dente 36.

Figura 29 – Preparo para pino elemento 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após o preparo para o pino, foi realizada a cimentação do pino, utilizando a mesma técnica descrita para o elemento 16, e o núcleo de preenchimento, como mostra a Figura 30.

Figura 30 – Núcleo de preenchimento elemento 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Na próxima sessão, foi executado o preparo para coroa total, realizado da mesma forma e com a mesma técnica descrita para o elemento 16. A Figura 31 exibe o preparo para coroa total do elemento 36.

Figura 31 – Preparo coroa total do elemento 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

O provisório do elemento 36 também foi confeccionado pela técnica da moldagem prévia (Figura 32). Foi moldado o elemento com o núcleo de preenchimento que apresentava uma anatomia satisfatória para a confecção do provisório. A moldagem foi feita com o material denso Zetaplus, utilizando a mesma técnica já relatada anteriormente.

Figura 32 – Provisório elemento 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a conclusão dos preparos para coroa total que a paciente necessitava, partiu-se para a moldagem funcional (Figura 33). Essa moldagem consiste na inserção de dois fios de retração gengival: um fino para promover afastamento vertical e um grosso para afastamento horizontal. A técnica utilizada para a moldagem funcional foi de dois passos. Primeiro, após inserir os fios retratores, molda-se com material denso de silicone de condensação, cobrindo com um pedaço de sobreluva para permitir o espaço para o segundo passo. O segundo passo envolve a retirada do fio grosso, a manipulação do material fluido e a moldagem com o fio fino ainda inserido.

Figura 33 – Moldagem funcional inferior e superior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a moldagem funcional, foram obtidos os dois modelos, superior e inferior, para montagem em articulador. Feito isso, foi realizado o registro de mordida para montagem em máxima intercuspidação habitual. O registro de mordida foi confeccionado com silicone denso, e a paciente foi instruída a mordê-lo até sua polimerização, conforme mostrado na Figura 34.

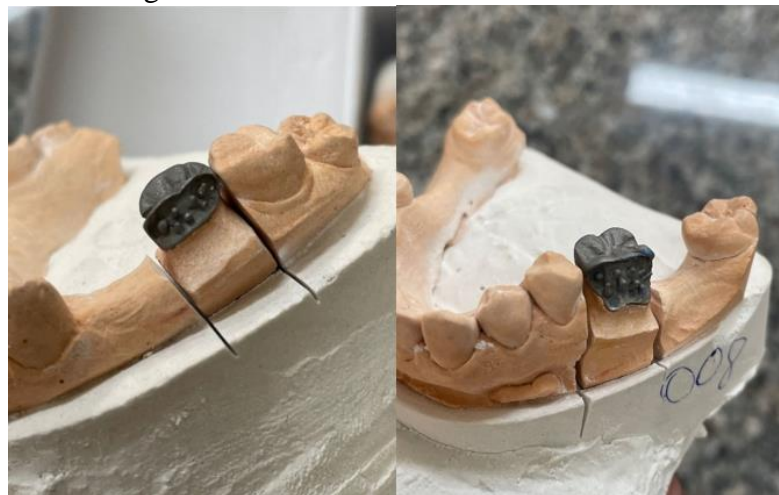
Figura 34 – Registro de Mordida.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após o registro de mordida, os modelos foram montados em articulador e enviados para o laboratório para a confecção da estrutura metálica das coroas. O objetivo era verificar se seria necessário algum ajuste na adaptação da prótese, conforme ilustrado na Figura 35.

Figura 35 – Estrutura metálica elemento 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Após a aprovação das estruturas metálicas das coroas dos elementos 16 e 36, que não necessitaram de ajustes e apresentavam adaptações satisfatórias, os modelos foram enviados novamente para o laboratório de prótese para a finalização da prótese fixa.

A Figura 36 mostra a coroa total metaloplástica do elemento 16, pronta para ser cimentada na boca do paciente, e a Figura 37 exibe a coroa metaloplástica do elemento 37.

Figura 36 – Coroa total 16.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 37 – Coroa total 36.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com as coroas prontas para serem cimentadas definitivamente, foi realizada a cimentação com cimento de fosfato de zinco. Primeiro, foram removidos os provisórios confeccionados anteriormente e feita a profilaxia nos dentes a serem cimentados, 16 e 36, utilizando pedra pomes e água. Em seguida, os elementos foram secos e o cimento de Fosfato de Zinco foi manipulado em uma placa de vidro com uma espátula de manipulação 24. O

cimento manipulado foi inserido nas coroas e colocado nos preparos, retirando-se os excessos e aguardando sua presa. As Figuras 38 e 39 mostram as coroas cimentadas.

Figura 38 – Coroa 16 cimentada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 39 – Coroa 36 cimentada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com as coroas cimentadas, partiu-se para a confecção das próteses removíveis superior e inferior (PPR), que eram viáveis para a paciente no momento para reabilitar os dentes ausentes (Figuras 40). As próteses parciais removíveis têm como elementos principais a base acrílica e os dentes artificiais, que são fixados a uma armação metálica composta por apoios oclusais, retentores extracoronários e conectores (FERREIRA FILHO et al., 2021). Dessa forma, foi realizada a moldagem de estudo e a obtenção do modelo de estudo com o gesso tipo IV.

Figura 40 – Moldagem de próteses removíveis.



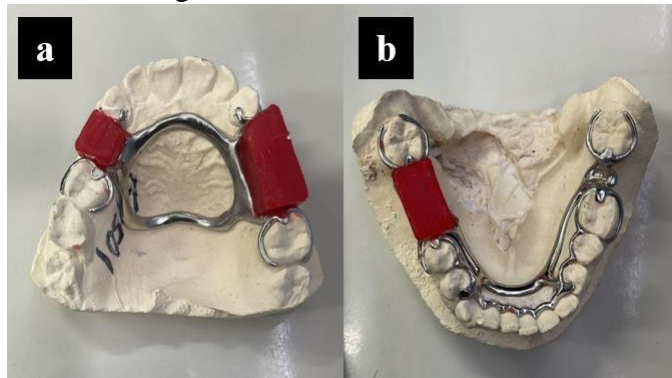
(a) Superior, (b) Inferior. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Na prótese removível superior, foi classificada como Classe III com Modificação 1, de acordo com a classificação de Kennedy. Dessa forma, foi projetada uma prótese com barra palatina dupla, com grampo de ação de ponta T nos elementos 23 e 13, com apoio no cíngulo, e grampo circunferencial simples nos elementos 27 e 16, com apoio oclusal, para garantir a estabilização e boa retenção da prótese.

Na prótese removível inferior, classificada como Classe III, Modificação 1, de acordo com a classificação de Kennedy, foi projetada uma prótese com uma barra lingual simples e grampos circunferenciais simples nos elementos 38, 36 e 48. No elemento 45, foi utilizado um grampo de ação de ponta T com apoio oclusal. Em diálogo com o professor da disciplina de prótese, para garantir uma boa estabilidade da prótese, decidimos acrescentar também um apoio oclusal nos elementos 44 e 34.

Dessa forma, foram preparados os nichos na boca da paciente, realizada uma nova moldagem com alginato e obtido o modelo com gesso tipo IV (Figura 41). As estruturas metálicas foram confeccionadas, enviadas ao laboratório e, posteriormente, as estruturas foram provadas na boca da paciente.

Figura 41 – Estrutura metálica.



(a) Superior, (b) Inferior. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com as estruturas metálicas e o plano de cera prontos, foram levadas à boca da paciente para ajustes de adaptação. Foram necessários alguns desgastes na estrutura inferior com broca. Com as estruturas adaptadas, foi solicitado à paciente que ocluísse com os planos de cera para o registro de mordida. Também foi escolhida a cor dos dentes e tomadas as medidas do arco facial para a montagem do articulador e posterior colocação dos dentes e acrilização das próteses removíveis (Figura 42).

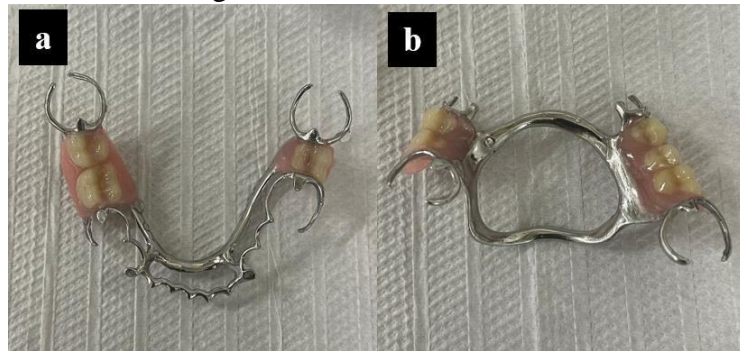
Figura 42 – Montagem articulador PPR.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Com os dentes colocados na área edêntula, as próteses foram instaladas na boca da paciente para ajuste dos dentes. Foi solicitado que a paciente ocluísse para garantir que a prótese não alterasse a mordida. Após esses ajustes, as próteses inferior e superior foram aprovadas para acrilização (Figura 43).

Figura 43 – Prótese removível.



(a) Inferior, (b) Superior. Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Então, foram entregues à paciente as próteses removíveis inferior e superior, restaurando função, saúde e estética (Figura 44). Foram necessários alguns ajustes no plano oclusal durante a entrega das próteses. Assim, finalizamos a última clínica em dezembro com a entrega das próteses (Figura 45).

Figura 44 – Próteses removíveis instaladas.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

Figura 45 – Paciente com as próteses.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2023).

### 2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Laryssa Santos Cardoso

Meu nome é Laryssa Santos Cardoso, natural de Lavras. Porém, com 3 anos de idade, meus pais decidiram se mudar para Belo Horizonte. Meu pai se chama Cleriston Antônio Cardoso, ele é mecânico de bicicleta, e minha mãe se chama Andresa Lúcia dos Santos Cardoso, ela é empregada doméstica. Sou a irmã mais velha de três irmãos. Atualmente, sou casada há quase dois anos e meu marido se chama Douglas, cuja profissão é a música. Esses são meus maiores incentivadores para estar cursando e quase finalizando esse curso que sempre sonhei.

Minha história com a odontologia é bem antiga; desde muito nova eu dizia que queria ser dentista. Minha mãe conta que a primeira vez que fui ao dentista, por volta dos 8 anos de idade, fiquei encantada com o consultório e saí de lá amando o “barulhinho” da caneta. Então, meus pais sempre me incentivaram, porém, achavam que eu iria mudar de ideia, pois o curso de odontologia era inviável financeiramente para minha família. Porém, não foi isso que aconteceu. Ao passar dos anos, meu desejo por cursar odontologia só aumentava, mesmo não tendo contato com a área. Creio que Deus queimava esse sonho em meu coração, pois era propósito d'Ele que eu fosse a primeira a ter um curso superior na minha família e esse curso fosse odontologia.

Devido à situação financeira da minha família, minhas opções eram cursar uma faculdade federal ou conseguir bolsa integral em uma faculdade privada. Além disso, meus planos eram ficar em Belo Horizonte para não ter gastos com moradia e para ficar perto da minha família. Sempre estudei em escola pública, o que, além do financeiro, foi mais um obstáculo para cursar odontologia. Quando me formei no ensino médio, no ano de 2016, não consegui a nota de corte necessária para ingressar no curso. Então, resolvi fazer um curso

preparatório online e trabalhava como babá para pagar esse curso. Infelizmente, nesse ano também não passei.

No ano seguinte, novamente iniciei mais um curso preparatório, só que dessa vez presencial. Nesse ano, eu dava aula particular de matemática e continuava trabalhando como babá para ajudar meus pais a pagarem meu curso. O resultado foi igual ao do ano anterior.

No ano de 2019, estava quase desistindo. Muitas pessoas conversavam comigo para tentar me convencer de mudar de curso, pois todos esses anos tentando eram muito frustrantes, não só para mim, mas também para toda a minha família, que estava junto comigo em todo esse processo. Chorávamos juntos sempre que eu via minha nota, mas sempre me incentivavam a tentar novamente.

Mas, como os planos de Deus nunca falham, Ele encheu meu coração de esperança e, mais uma vez, fiz a inscrição do Enem, meu quarto ano tentando. Eu falava que seria o último; caso eu não conseguisse entrar, mudaria para outro curso. Nesse ano, um cliente do meu pai, que é dentista, disse que havia surgido uma vaga de recepcionista na clínica de radiologia da qual ele era dono. Logo enviei meu currículo e, no dia seguinte, ele me chamou para trabalhar. Com meu salário, eu pagava o curso preparatório. Trabalhava o dia inteiro e fazia o curso à noite. Foi um ano muito cansativo, mas meu chefe e meus colegas de trabalho sempre me ajudavam, pagando minha passagem para ir ao curso depois do trabalho e trocando alguns horários para que eu não perdesse aula. Além disso, foi o ano em que tive um pouco de contato com a odontologia. Eu olhava as radiografias e dizia: "um dia vou conseguir entender sobre isso".

Em 2020, saíram as notas e, novamente, não consegui a nota necessária para cursar odontologia em Belo Horizonte. Minha mãe sempre me dizia para tentar em Lavras, mas sempre fui muito resistente devido aos gastos e por ficar longe da minha família. Mas, nesse ano, joguei minha nota no UNILAVRAS e fiquei na lista de espera. Um dia, abri o site do ProUni e vi que consegui a vaga. Todos que estavam comigo começaram a chorar de emoção. Nesse dia, até me deixaram ir para casa mais cedo para contar à minha família. O dia tão sonhado e desejado por mim e pela minha família, o dia que muitos duvidaram que chegaria, chegou, pois Deus já havia planejado esse dia em que, mesmo sem eu entender, entraria em uma faculdade privada com bolsa integral na cidade em que nasci, morando com meus tios.

Os primeiros semestres foram muito difíceis pela saudade, e sempre passava pela minha cabeça a transferência para Belo Horizonte, mas devido à pandemia não foi possível. Agora dou graças a Deus por isso, pois depois me apaixonei por todos os professores e percebi que

Deus me queria aqui no UNILAVRAS, pois seria onde eu teria as melhores experiências e aprendizados.

### 2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo masculino, com 7 anos de idade, compareceu à clínica de Odontopediatria do UNILAVRAS no segundo semestre do ano de 2022, tendo como queixa principal da responsável o seguinte: "os dentes da frente estão demorando para cair".

Com isso, realizamos o exame de radiografia periapical dos incisivos centrais para avaliar se havia algo impedindo a erupção deles (Figura 46).

A técnica radiográfica intrabucal periapical é indicada para detectar processos cariosos, excesso ou falta de materiais restauradores, distinção da dentição decídua e permanente, anomalias dentárias, reabsorção radicular, lesões periapicais e outras doenças ósseas (FENYO-PEREIRA, 2023, p. 71).

Inicialmente, não observamos nada de anormal, pois as raízes já estavam reabsorvidas e os dentes estavam com mobilidade, tendo assim como diagnóstico retenção prolongada. O tratamento seria aguardar a esfoliação, o que aconteceu dois meses depois do primeiro atendimento.

Figura 46 – Radiografia periapical do Paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora. (2022).

No primeiro semestre do ano de 2023, o paciente compareceu novamente a clínica de Odontopediatria do UNILAVRAS, agora com 8 anos de idade, com a seguinte queixa: "o dente da frente nasceu com outro dente". Foi realizado exame clínico, exame radiográfico e

fotografias (Figuras 47 a 49). Além disso, foi solicitada uma tomografia para melhor visualização da anomalia (Figura 50). Kaneda citado por Watanabe e Arita (2019), dizia:

A TCFC apresenta grande contribuição ao estudo dos processos patológicos que acometem a região maxilofacial. Pela sua alta resolução e ausência das indesejáveis sobreposições de imagens dos exames convencionais, auxiliam para diagnósticos precisos, mesmo em estágios iniciais. Convém salientar que, assim como qualquer exame por imagem, a TCFC é um recurso complementar, agregando informações aos exames clínico e laboratorial/histopatológico, para se chegar ao diagnóstico final (WATANABE; ARITA, 2019, p. 495).

Figura 47 – Radiografia Periapical do Paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 48 – Exame Clínico do elemento 21 por vista frontal.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 49 – Exame Clínico do elemento 21 por vista lateral direita.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 50 – Tomografia do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com tais exames, chegamos ao seguinte diagnóstico: Evaginação Dental Rara, ou Dens evaginatus, por vestibular do dente 21 com rizogênese incompleta, o que poderia ter sido observado, também, na radiografia dos incisivos no ano anterior, uma imagem radiopaca no germe do dente 21 (Figura 46).

Em conformidade com Levitan e Himel (2006), o Dens evaginatus é uma anomalia de desenvolvimento dentário que resulta na formação de uma cúspide acessória, comumente descrita como uma protuberância, elevação anormal ou evaginação. Essa condição rara se projeta acima da superfície do dente adjacente, apresentando esmalte e dentina, podendo conter tecido pulpar e, ocasionalmente, uma estrutura delgada chamada de "chifre pulpar". Segundo Oliveira (2021), a prevalência dessa anomalia na região dos dentes anteriores varia de 0,06% a 7,7%, com os incisivos centrais superiores sendo os mais afetados.

Conforme Ferraz et al. (2001), o capeamento pulpar ou pulpotomia parcial é um procedimento mais aconselhável em tratamento de dente vital quando existe a exposição pulpar depois da remoção da evaginação. Se não há exposição pulpar, o procedimento adequado é o

selamento preventivo com resina composta da dentina. Porém, como nesse caso o elemento dentário não se encontrava com a raiz formada, isso impedia qualquer tratamento endodôntico.

A rizogênese incompleta se caracteriza por dentes que não possuem sua raiz formada. Estes possuem o canal com a base mais ampla para a região apical, além de paredes dentárias finas e fragilizadas, dificultando o tratamento endodôntico e impedindo o preparo mecânico convencional, não possibilitando anteparo para manter o material obturador e, assim, impossibilitando o selamento do canal (FERREIRA, 2023, p. 5).

A queixa principal era estética, pois o paciente estava sofrendo bullying na escola. Segundo Maia de Souza, em seu artigo publicado em 2022, muitos estudos têm destacado múltiplas consequências do *bullying* nas escolas, sendo uma delas a evasão escolar e distúrbios psicológicos.

Com isso, o tratamento realizado foram desgastes progressivos (Figura 51), para não expor a polpa da evaginação (identificada nas tomografias), pois o ápice do dente ainda se encontrava aberto. Conforme Moreira (2005), para algumas anomalias dentárias não há necessidade de tratamento, porém caso haja alteração na estética e na função dos dentes é fundamental uma intervenção.

Além disso, foi realizada a aplicação tópica de verniz fluoretado na desmineralização da junção entre o dente e a evaginação por vestibular. “O verniz flúor (VF), ou fluoretos tópicos, são amplamente utilizados de forma preventiva, pois podem remineralizar a estrutura dental e eliminar bactérias” (DE ALMEIDA et al., 2024, p.38).

Figura 51 – Sequência dos desgastes progressivos em 2023/2024 por vista lateral.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Foram realizadas 8 sessões de desgaste, mais aplicação tópica de flúor no ano de 2023, com intervalos de pelo menos uma semana entre elas. Na última sessão desse ano, o paciente relatou incômodo durante o tratamento, então resolvemos dar um intervalo maior para a próxima sessão. No ano de 2024, o paciente retornou para mais uma sessão (Figura 52); porém, novamente queixou-se de dor durante o desgaste, indicando a proximidade da polpa.

Figura 52 – Vista Frontal do último desgaste.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Ao explicar para a mãe do paciente que não poderíamos remover mais estrutura da evaginação, pois o ápice se encontrava aberto e para a remoção completa necessitava de tratamento endodôntico, posteriormente, se necessário, uma faceta ou coroa. A mãe do paciente ainda se incomodava com a situação atual, então foi proposta uma restauração estética em resina composta para disfarçar a evaginação. Realizamos a restauração com aprovação do paciente e de sua mãe.

Para esta restauração estética, não foi requerida a administração de anestesia ao paciente, uma vez que não houve necessidade de preparo ou abertura, sendo apenas realizada uma profilaxia prévia com pasta profilática no dente 21. Em seguida, procedeu-se ao isolamento relativo utilizando rolo de algodão, a fim de permitir a aplicação do adesivo autocondicionante.

Levando em consideração a sensibilidade da técnica de aplicação e o tempo de trabalho prolongado apresentados pelos sistemas adesivos convencionais, foram introduzidos no mercado odontológico os sistemas adesivos autocondicionantes. Diferentemente dos convencionais, os sistemas adesivos autocondicionantes não apresentam um passo prévio e isolado de condicionamento ácido, uma vez que contêm um primer ácido, composto essencialmente por monômeros funcionais de baixo pH, que atuam simultaneamente como condicionador e primer. Consequentemente, há uma redução do tempo de trabalho e do risco da ocorrência de erros durante a aplicação e manipulação do material (ARINELLI et al., 2016, p. 243).

Em seguida, foi efetuada a colocação do material restaurador, que, no caso, foi a resina composta Filtek Z250 de cor A1 na junção dente/evaginação. Wahbi citado por Alves; Peres e Lima (2022, p.1) diz:

O tratamento utilizando resina composta, é um dos mais comuns na atualidade, sendo fácil de executar e manipular, além de ter um resultado muito previsível, restaurações utilizando tal material são aplicadas em superfícies preparadas ou mesmo sem preparo (ALVES; PERES; LIMA, 2022, p. 1).

Posteriormente, foi realizado o acabamento e polimento com kit de borracha para garantir que a restauração ficasse esteticamente agradável e funcional (Figura 53). O acabamento e polimento têm como finalidade reproduzir as características anatômicas, diminuir a rugosidade, promovendo lisura de superfície e brilho. Com a realização desses procedimentos diminui a chances de haver acúmulo de placas e manchamento das resinas, auxiliando na manutenção da saúde dos tecidos e estética (MENEZES, 2014).

Figura 53 – Restauração Estética de Resina Composta.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Com essa abordagem, é possível garantir um prognóstico favorável ao tratamento, aguardando-se a completa formação da raiz antes de proceder com a intervenção endodôntica e a confecção da faceta para o dente 21.

Segundo estudos in vivo, conforme Kina (2015), essas restaurações têm durabilidade de 1 a 5 anos, sendo que o que pode causar falhas são novos traumas, cáries e fraturas. Sendo que o tamanho e localização da restauração, a forças mastigatórias e os movimentos de lateralidade, protrusão podem influenciar nas falhas.

Em dentes afetados, a remoção das cúspides sempre é indicada, mas tentativas de manter a vitalidade têm obtido sucesso apenas parcial. Lentos desgastes periódicos da cúspide expõem túbulos dentinários imaturos e podem levar à pulpite irreversível sem exposição direta. Para reduzir a chance de patologia pulpar, a eliminação de interferências oclusais opostas combinadas com remoção minimalista de dentina e tratamento da superfície com flúor estanhoso tem sido recomendada. A remoção da cúspide com capeamento direto ou indireto também tem trazido benefícios a alguns

pacientes. Outros pesquisadores apoiam a eliminação de interferências oclusais, proteção da cúspide contra fratura pela colocação de reforço com resina, retardando a remoção da cúspide até que haja evidência significativa de dentina madura, recessão pulpar e formação completa da raiz (NEVILLE, 2009, p. 88).

O paciente e sua mãe ficaram extremamente satisfeitos com o resultado da restauração estética, que atendeu à principal queixa do paciente: a estética. Fiquei realizada ao ver a felicidade dele, permitindo que voltasse a ser uma criança sorridente. Ele segue em tratamento na clínica do Unilavras devido a necessidades ortodônticas.

#### **2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Rafaela Fonseca Sacramento**

Meu nome é Rafaela Fonseca Sacramento, tenho 22 anos, sou natural de Lavras e, desde pequena, sempre gostei muito de aprender. Quando menor, estudava na mesma escola que minha irmã mais velha, e sua aula quase sempre acabava mais cedo. Eu me recusava a ir embora com ela para continuar estudando.

A Odontologia nem sempre esteve em minhas opções. Como minha mãe e meus tios trabalham no ramo de produtos naturais, cresci em meio a esse ambiente e comecei a me interessar muito pelo curso de Nutrição. Essa era minha única opção até por volta dos 12 anos, quando precisei colocar aparelho fixo e fui atendida por uma dentista muito atenciosa, que me explicava tudo que estava fazendo e a evolução de todo o tratamento. A partir desse momento, a Odontologia passou a ser uma possível escolha.

Passei grande parte do Ensino Fundamental II e do Ensino Médio sem saber o que eu realmente queria para minha vida. Em 2019, estava para me formar e, com a chegada do Enem e o fim do 3º ano, essa grande dúvida teria que ser solucionada. Descobri o programa do UNILAVRAS que acontece uma vez ao ano, onde é oferecido “um dia para o seu futuro”, e são apresentados todos os cursos que são oferecidos pela faculdade. Foi então que decidi ir conhecer um pouco mais sobre o curso de Odontologia, e saí de lá apaixonada por tudo que me foi dito e demonstrado. Ainda em dúvida sobre minha escolha, algum tempo depois fui à UFLA, que também oferece um programa uma vez ao ano com a mesma finalidade, chamado “UFLA de Portas Abertas”, mas dessa vez para conhecer o curso de Nutrição. No momento que me foi apresentado, não senti a mesma sensação que o de Odontologia me proporcionou.

Após isso, não me restaram dúvidas de que era a Odontologia que eu queria para minha vida. Então, em 2020/1, ingressei no UNILAVRAS e tenho certeza de que foi a melhor decisão da minha vida. É uma área da saúde maravilhosa, que ajuda pessoas e que vem me conquistando cada dia mais.

### 2.4.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente de 9 anos, do gênero feminino, chegou à Clínica Odontológica do UNILAVRAS na disciplina de Clínica Infantil III, acompanhada de sua mãe. Ao realizar a anamnese, a responsável informou que procurava atendimento para uma consulta de rotina e que não havia nenhuma queixa principal. A criança não apresentava alergia a nenhum medicamento e nem fazia uso deles. A paciente era bastante cooperativa, calma e um pouco tímida.

No exame intraoral e extraoral, foi notado que não havia nenhuma anormalidade. Ao realizar o exame clínico, foi percebida uma precariedade em relação à escovação devido ao acúmulo de biofilme, mas sem a presença de lesões cariosas. A próxima etapa do exame realizado foi o exame ortodôntico, que destacou a existência de sobremordida, cujos dentes inferiores eram totalmente recobertos pelos superiores (Figuras 54 a 58).

Figura 54 – Vista intrabucal frontal inicial.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 55 – Vista intrabucal lateral direita inicial.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 56 – Vista intrabucal lateral esquerda inicial.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 57 – Fotografia extrabucal vista frontal sorrindo.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 58 – Fotografia extrabucal vista frontal.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

A sobremordida é uma má oclusão caracterizada pela presença da discrepância vertical na região anterior. Esta discrepância é definida quando o transpasse vertical dos incisivos superiores em relação aos inferiores excede 1/3 da coroa dos incisivos inferiores em oclusão cêntrica (SOUZA et al., 2023). Pensando nisso, lançamos mão da ortodontia interceptativa, com o intuito de aproveitar o crescimento do paciente em prol do tratamento, a fim de reduzir a gravidade da má oclusão.

Foi confeccionado um aparelho removível com um batente anterior. O objetivo desse batente é permitir a oclusão apenas dos incisivos, fornecendo espaço entre os posteriores, favorecendo a extrusão dos molares e pré-molares e nivelando a curva de Spee.

No segundo dia de atendimento, foram realizadas a instrução de higiene oral, a evidenciação de placa com Fucsina e a profilaxia dentária. A Fucsina é um corante amplamente utilizado na odontologia para evidenciar o biofilme presente nos dentes, que muitas vezes não é visível a olho nu durante a avaliação bucal. Sua principal função é destacar essas áreas de acúmulo, orientando os pacientes sobre os locais que exigem maior atenção na higienização. Ao ser aplicada nos dentes, a Fucsina adere de maneira seletiva ao biofilme, uma camada de bactérias e resíduos que se forma naturalmente na superfície dentária. Por ser mais poroso e absorvente que o esmalte, o biofilme retém o corante de forma mais eficaz, tornando-se facilmente visível. (PICON; ZIS; FIGUEIREDO, 1997).

No terceiro dia, realizamos a moldagem funcional para iniciar a confecção do aparelho destinado ao tratamento da sobremordida. Após a mãe da paciente relatar que ela havia desenvolvido traumas com o uso de Alginato, devido a uma experiência anterior em que foi moldada na posição deitada e o material escorreu para a garganta, decidimos utilizar o silicone de condensação. Essa escolha visou proporcionar à paciente uma experiência mais tranquila e confortável, priorizando seu bem-estar. O aparelho foi instalado no quarto dia de atendimento (Figuras 59 a 62) e verificou-se a necessidade de alguns ajustes para que não incomodasse a paciente. Junto com a entrega do aparelho, foi realizada a instrução de higiene do aparelho.

Figura 59 – Vista intrabucal oclusal com o aparelho instalado.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 60 – Vista intrabucal frontal com o aparelho instalado.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 61 – Vista intrabucal lateral direita com o aparelho instalado.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Figura 62 – Vista intrabucal lateral esquerda com o aparelho instalado.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Após uma semana da instalação do batente, solicitamos que a mãe retornasse à clínica odontológica com sua filha para avaliar a adaptação do aparelho. Nesta consulta, a mãe comunicou que a criança estava bastante disposta a fazer o uso do aparelho e que só o retirava para se alimentar.

Um mês após a instalação do aparelho, a paciente retornou para avaliarmos o progresso. Com o auxílio de uma sonda milimetrada, notamos a presença de 5mm de distância entre os dentes posteriores superiores e inferiores (Figura 63). Ao final da sexta consulta, orientamos a mãe a continuar com o uso contínuo do aparelho durante o período de férias e que, logo após o retorno das clínicas, a paciente seria chamada para um novo retorno e avaliação.

Figura 63 – Vista intrabucal lateral esquerda um mês após a instalação.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2023).

Após o início das Clínicas de 2024, a paciente foi chamada para retorno, nova avaliação e continuação do tratamento ortodôntico. Foram notados alguns pontos específicos com acúmulo de placas bacterianas, e decidimos reforçar a instrução de higiene oral.

Em relação à evolução do tratamento ortodôntico, observou-se uma grande melhora. Novamente com o auxílio de uma sonda milimetrada, medimos o espaço presente entre os dentes posteriores superiores e inferiores e foi registrada uma distância de 2mm (Figura 64). Quando a paciente removeu o aparelho e sorriu, percebemos que os dentes inferiores já apareciam (Figura 65).

Figura 64 – Vista intrabucal lateral esquerda quatro meses após a instalação.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 65 – Vista intrabucal frontal quatro meses após a instalação do aparelho.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2024).

Após o retorno da paciente e análise cuidadosa do caso, notamos uma melhoria notável na higienização dentária desde a última consulta, o que é digno de reconhecimento. Ao revisar a progressão ortodôntica, constatamos que os incisivos superiores agora apresentam uma leve sobreposição em relação aos incisivos inferiores, variando aproximadamente entre 2 e 3 milímetros, um fenômeno que se alinha ao padrão considerado dentro dos parâmetros normais (BÜTTENBENDER, 2021).

Consequentemente, consideramos o caso como concluído, ressaltando que essa configuração contribui de forma significativa para a estética do sorriso da paciente (Figuras 66 a 68).

Figura 66 – Vista intrabucal frontal final.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 67 – Vista intrabucal lateral direita final.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 68 – Vista intrabucal lateral esquerda final.



Fonte: Prontuário do paciente. Arquivo pessoal da autora (2024).

O prognóstico é favorável, desde que haja a colaboração da paciente no uso do aparelho. Considerando que o aparelho é removível e sua eficácia está diretamente ligada à sua utilização contínua, a cooperação da paciente é crucial. Com tal colaboração, é plausível considerar que o tratamento será eficiente, uma vez que a placa de batente anterior facilita a extrusão dos dentes posteriores. Conseqüentemente, ocorre um ganho ósseo, resultando no aumento da dimensão vertical, a qual comumente se encontra diminuída em pacientes com sobremordida acentuada (JÚNIOR GUIMARÃES, 2015).

Após o término do tratamento, a paciente e sua mãe expressaram grande satisfação com os resultados, agradecendo imensamente. A mãe comentou que a criança está muito dedicada à escovação e que pretende manter esse hábito. Elas também mencionaram a intenção de continuar agendando consultas de rotina, a fim de prevenir o surgimento de cáries ou outros problemas maiores.

## **2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vitória Dalila Silva Carvalho**

Meu nome é Vitória Dalila Silva Carvalho, tenho 23 anos, sou natural de Lavras – MG e vivi toda a minha infância e adolescência em Luminárias – MG. Venho de uma família simples, mas meus pais nunca mediram esforços para investir na minha educação e proporcionar o que eles não tiveram a oportunidade de ter.

Desde o início do 1º ano do ensino médio, quando comecei a pensar em possíveis cursos para minha graduação, a odontologia não estava em meus planos. Sempre tive apreço pela área de ciências biológicas e após conversas com meus familiares e a extrema admiração que tenho por meu irmão, que é cirurgião-dentista, decidi optar por esse curso, que com toda certeza foi a minha melhor escolha.

No início de 2019, ingressei na graduação em odontologia na USF (Universidade São Francisco) em Bragança Paulista – SP, através do processo seletivo do ProUni (Programa Universidade para Todos). A princípio, estava tomada pelo entusiasmo de sair de uma cidade muito pequena para uma cidade que, na época, considerava muito grande, por mudar de estado e pela independência de morar sozinha em um lugar onde não conhecia ninguém. No entanto, logo surgiram os desafios dessa mudança repentina.

Encarar uma realidade totalmente diferente da que vivi por 18 anos e a frustração com a diferença entre a realidade e o que eu havia imaginado me desmotivavam cada dia mais. Apesar de gostar das disciplinas cursadas, a falta de maturidade e a dificuldade em me identificar e me habituar ao novo ambiente me fizeram querer desesperadamente voltar para perto de casa e da minha família. Decidi, então, tentar uma transferência para uma faculdade mais próxima e consegui essa aprovação no UNILAVRAS.

Em 2020, reiniciei minha graduação e, no primeiro dia de aula, já pude notar o enorme contraste em relação ao acolhimento tanto dos colegas quanto dos professores dessa instituição, me sentindo em casa desde o início. Agora, após quase seis anos de curso e prestes a encerrar este ciclo, lembrar todo o percurso até aqui me mostra o quanto amadureci e cresci como pessoa. Cultivar um tratamento humanizado, ter empatia com o próximo e promover saúde, função e estética são pilares que carrego desde o início e pretendo sempre lapidá-los para proporcionar o melhor sorriso às pessoas.

### **2.5.1 Desenvolvimento da atividade**

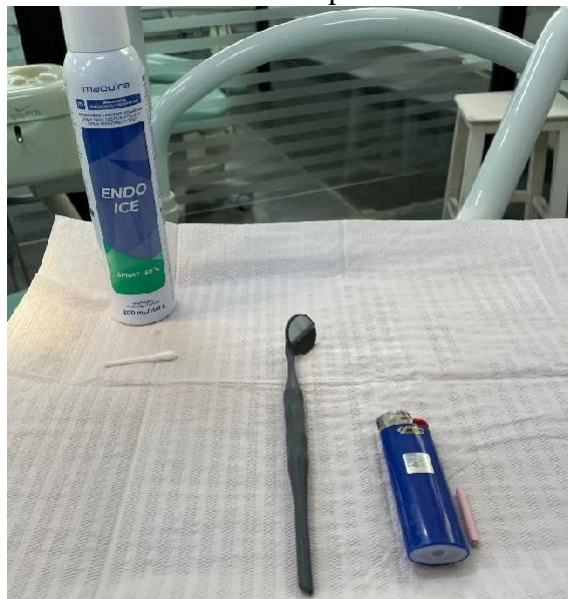
Paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, faz uso contínuo de Oxalato de Escitalopram 20mg, que, segundo Andrade (2019, *apud* Fonseca Júnior e Carvalho Júnior, 2023, p. 3), “é considerado um medicamento com indicação tanto para os transtornos depressivos quanto para os de ansiedade generalizada em adultos e adolescentes com idade a partir de 12 anos”. “Em relação a alterações orais, pode causar xerostomia como um de seus efeitos colaterais” (FONSECA JÚNIOR; CARVALHO JÚNIOR, 2023, p. 2).

A paciente procurou a clínica odontológica do UNILAVRAS, nas Atividades Específicas Vocacionais (AEV) de endodontia, relatando dor aguda no elemento 35 durante a mastigação. Além disso, segundo a paciente, o elemento em questão já havia passado por tratamento endodôntico há dois anos e ela já havia retornado ao cirurgião-dentista que realizou o procedimento, por diversas vezes, mas não obteve alívio para sua queixa. Ela também fez uso

de analgésicos que proporcionavam alívio apenas momentâneo. Devido à não resolução do problema e às dificuldades financeiras, procurou a clínica do UNILAVRAS na esperança de resolver a dor e obter conforto durante a alimentação. Além do dente 35, onde a dor era mais exacerbada, havia outros dentes com sintomatologia dolorosa durante a pressão mastigatória. Por ordem de urgência, o tratamento foi iniciado pelo dente supracitado.

A priori, foram realizados os testes de vitalidade para confirmação exata do dente queixado pela paciente, e para isto foi montada uma mesa (Figura 69). Todos os testes foram aplicados utilizando um dente considerado hígido para as devidas comparações. O teste de palpação (Figura 70) consiste em tatear a região do elemento dentário, examinando-a delicadamente com a ponta do dedo indicador, verificando se há alguma resposta dolorosa ou, pelo tato, a presença de alterações patológicas de sua forma. O teste de percussão (Figura 71), feito com o cabo de espelho, indicará a presença de inflamação de origem endodôntica quando positivo na percussão vertical e alterações periodontais quando positivo na percussão horizontal. Em relação aos testes térmicos, o desconforto doloroso deve cessar logo após a remoção do estímulo para indicar uma polpa normal. O teste frio (Figura 72), feito utilizando o gás refrigerante, uma mistura de Butano e Propano, conhecido comercialmente como Endo Ice, é aplicado sobre um cotonete e levado à coroa do dente, não excedendo o tempo de 5 segundos. No teste de calor (Figura 73), o dente é isolado com vaselina e um bastão de Guta-Percha é aquecido com lamparina e levado sobre a superfície do elemento (LOPES e SIQUEIRA JR., 2015).

Figura 69 – Materiais utilizados para os testes de vitalidade.



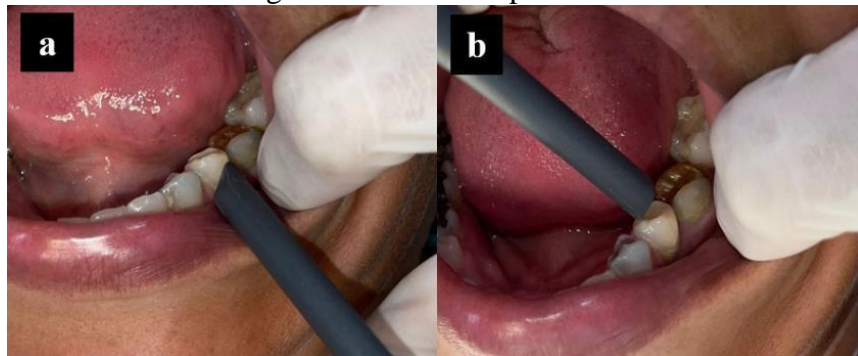
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 70 – Teste de palpação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 71 – Teste de percussão.



(a) Horizontal, (c) Vertical. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 72 – Teste frio.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 73 – Teste de calor.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Depois, foi realizada uma radiografia periapical (Figuras 74 e 75) pela técnica da bissetriz, desenvolvida pelo cientista Cieszynski (1907 *apud* Brandt et al.; 1997). Essa técnica foi baseada em um teorema geométrico que afirma que dois triângulos são iguais quando possuem dois ângulos iguais e um lado comum. Com isso, afirma-se que “o ângulo formado pelo longo eixo do dente e o longo eixo do filme resultará em uma bissetriz na qual o feixe de raios-X deverá incidir perpendicularmente” (CIESZYNSKI, 1907 *apud* BRANDT et al., 1997, p. 2). Tal citação pode ser didaticamente observada na Figura 76.

Figura 74 – Radiografia periapical de estudo.



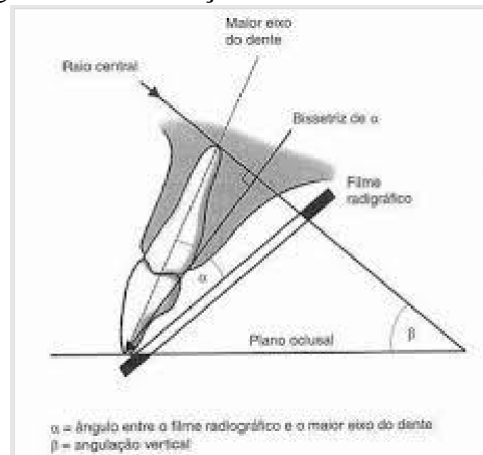
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 75 – Radiografia periapical de estudo 2.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 76 – Ilustração da técnica da bissetriz.



Fonte: LEONARDO; LEONARDO (2017).

Como diria o professor Dr. Marcone Reis Luiz, que me orientou neste caso clínico, a profissão de cirurgião-dentista se assemelha à de um detetive, que coleta dados de forma minuciosa para desvendar um caso. Da mesma forma, nós também coletamos informações através de relatos do paciente, uma boa anamnese, exames clínicos e radiográficos para, finalmente, chegar a um diagnóstico preciso. A Tabela 2 mostra os resultados obtidos:

Tabela 2 – Resultados dos testes.

<b>Palpação</b>	<b>Percussão</b>	<b>Teste frio</b>	<b>Teste de calor</b>
Negativa	Positiva	Negativo	Negativo

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Observando o exame radiográfico, nota-se que a obturação está cerca de 6mm aquém do ápice e há a presença de uma lesão periapical ligeiramente deslocada para distal, o que sugere que o forame apical também esteja deslocado para a mesma direção, uma vez que não é possível observar a luz do canal, que aparentemente está calcificado, para confirmar com certeza. A lesão periapical também justifica o teste positivo à percussão. Portanto, conclui-se que o diagnóstico do caso é necrose pulpar com lesão periapical e o tratamento indicado é um retratamento endodôntico com necropulpectomia II, que, de acordo com Leonardo e Leonardo (2017), é a denominação para o tratamento do sistema de canais radiculares de dentes com necrose pulpar nítida e lesão periapical visível radiograficamente.

O objetivo principal da terapia endodôntica é limpar e desinfetar o sistema de canais radiculares e selá-lo, impedindo a invasão e reentrada de bactérias. Assim, pode-se afirmar que o sucesso do tratamento endodôntico depende da prevenção da proliferação bacteriana, de um selamento efetivo e da prevenção da reinfecção (DONYAVI et al., 2016 *apud* MORTOZA, 2020, p. 4).

Com isso, identifica-se que esses requisitos para o sucesso foram comprometidos, já que o canal não foi selado e desinfetado por completo e apresentava infecção microbiana em seu ápice.

Segundo Lopes e Siqueira Jr. (2015, p.595), o retratamento consiste na realização de um novo tratamento, seja porque o anterior fracassou ou simplesmente porque se deseja fazer um tratamento mais correto ou adequado. Desta forma, será feita a remoção do material restaurador, reinstrumentação e reobturação para eliminar os microrganismos presentes e vedar todo o canal, corrigindo os erros do tratamento anterior.

No dia 21 de março de 2024, foi iniciada a primeira sessão do tratamento, que consistiria na desobturação do canal, reinstrumentação e medicação intracanal. Com a mesa clínica já montada (Figuras 77 e 78) e o planejamento em mãos, iniciei o tratamento com a técnica anestésica de bloqueio do nervo mentoniano, complementada pela intrapapilar com Lidocaína 2%.

Figura 77 – Mesa clínica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 78 – Mesa auxiliar.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Seguindo a técnica preconizada pelo UNILAVRAS, a abertura coronária foi realizada primeiramente com a broca 1012HL. No entanto, o dente possuía uma extensa restauração de ionômero de vidro que cobria não apenas a superfície oclusal, mas também as paredes distal e lingual. Essa restauração se soltou logo ao iniciar a abertura do dente, tornando necessária uma restauração pré-endodôntica antes de prosseguir com a abertura coronária e a localização do canal. Sem restaurar as paredes da coroa, não seria possível a colocação de um grampo para o isolamento absoluto.

Devido às condições, a restauração foi feita com isolamento relativo, seguindo os seguintes passos: aplicação de Ácido Fosfórico nas paredes de esmalte circundantes por 30 segundos, lavagem por 60 segundos, secagem com bolinha de algodão, fricção do adesivo Single Bond 2 nas paredes de esmalte, breve jato de ar, fotoativação por 20 segundos, colocação de matriz metálica pré-conformada para dar contorno anatômico ao dente, construção das paredes circundantes em incrementos com resina composta Z250 cor A2 da 3M ESPE e fotoativação por 20 segundos a cada incremento.

Após finalizar a restauração classe II, retomei o processo de abertura coronária com a broca 1012HL e, em seguida, dei a forma de contorno circular ovalada com a broca 3080, deixando as paredes lisas e divergentes para a oclusal. Foi realizado o isolamento absoluto com o grampo 208 e dicagem com Top Dam. Sabendo que é um dente unirradicular e com o canal já localizado, o próximo passo foi iniciar a desobturação do conduto. Para isso, foi medido previamente o comprimento aparente do dente (CAD) e o comprimento de obturação (CO), que são fundamentais para a precisão do tratamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Medidas necessárias para desobturação do conduto.

<u>CAD</u>	<u>CO</u>
24mm	18mm

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Para a desobturação, foi utilizado o Eucaliptol como solvente, um líquido extraído da essência do eucalipto, com características incolores e odor aromático. De acordo com De Andrade e Marçal (2023, p.2), “o Eucaliptol é considerado uma alternativa viável para substituir outros solventes, pois é menos irritante, tem atividade antibacteriana, melhor odor e, ao contrário de outros, é biocompatível e seguro. ” Em sua pesquisa, o Eucaliptol também demonstrou melhor dissolução da Guta-Percha em comparação com outros solventes.

A técnica de desobturação de canais radiculares preconizada pelo UNILAVRAS segue a norma de aplicar o solvente no conduto com uma pinça clínica e instrumentar de 2mm em 2mm a partir de 10mm, que é o comprimento da coroa, até atingir o comprimento de obturação (CO), que no caso é 18mm. A instrumentação é realizada alternando entre limas Hedström e Kerr nos diâmetros #40, #35, #30 e #20, penetrando aos poucos e diminuindo o calibre das limas a cada 2mm descidos, dando ¼ de volta e sempre pingando o Eucaliptol para a dissolução do material obturador. Após essa etapa, foi feita uma radiografia (Figura 79) para garantir que o canal estava limpo; entretanto, não houve sucesso.

Figura 79 – Radiografia de desobturação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Apesar de a lima ter descido por todo o comprimento de obturação (CO), as paredes ainda continham um restante significativo de Guta-Percha, sendo necessária uma reinstrumentação até a remoção total do material. Todos os passos foram repetidos e foi feita uma nova radiografia de desobturação (Figura 80).

Figura 80 – Radiografia de desobturação 2.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Novamente, as paredes do conduto permaneciam com remanescente de Guta-Percha. Optou-se então por utilizar a broca Gates Glidden I até o comprimento de obturação (CO) para a desobturação e otimizar a radiografia, já realizando a Odontometria. A Odontometria é realizada para obter a medida exata do conduto e prevenir erros no comprimento de obturação. O comprimento ideal de obturação deve ficar a 1mm aquém do ápice, esse comprimento é chamado de comprimento real de trabalho (CRT) e para encontrá-lo com precisão primeiramente devemos introduzir a lima no comprimento real do instrumento (CRI) que possui

uma margem de segurança de 2mm a menos que o comprimento aparente do dente (CAD), que foi encontrado na radiografia inicial. Em resumo, o CAD é encontrado na radiografia inicial medindo-se do ponto mais alto da coroa até o ápice da raiz, o CRI é a medida que se introduz a lima com 2mm aquém do CAD para se fazer a odontometria, o CRT é o comprimento que se obtém com a odontometria para a precisão da instrumentação e obturação e o comprimento real do dente (CRD) é igual ao CRT+1mm, também importante para se fazer uma boa instrumentação e limpeza do canal.

Finalizando mais uma tentativa de desobturação, fiz a irrigação do canal com Hipoclorito de Sódio (NaOCl) a 2,5%, inundando-o e realizando a sucção da câmara. O Hipoclorito de Sódio é uma solução irrigadora amplamente usada na endodontia. “A etapa de irrigação facilita a instrumentação, lubrifica o canal e dissolve tecidos” (SJÖGREN; FIGDOR; PERSSON, 1997 *apud* GRANDEMAGNE, 2020, p. 13).

A solução de NaOCl é comumente utilizada na Endodontia devido às suas seguintes propriedades: efeito bactericida de amplo espectro e antimicrobiano; capacidade eficiente de dissolução de tecidos orgânicos; neutralização de produtos tóxicos; ausência de toxicidade clínica quando corretamente usado; baixo custo; ação rápida; pH alcalino; e fácil armazenamento (SOARES; GOLDBERG, 2003 *apud* GRANDEMAGNE, 2020, p. 16).

A irrigação é realizada durante todo o tratamento, a cada instrumentação. Após essa irrigação, com uma lima K #10, fui penetrando gradualmente no conduto até alcançar o CRI, que era 22mm. Como o canal estava calcificado, foram necessárias várias tentativas para alcançar esse comprimento, trabalhando bastante com a lima, sempre dando ¼ de volta e pressionando levemente apenas com o peso da mão. Mesmo com intensa instrumentação, o comprimento do CRI não foi alcançado. Portanto, utilizei instrumentação rotatória com a lima 15.03 de cor branca e amarela, na rotação de 350 RPM (rotações por minuto) e 1,5 N (Newton), alternando com a lima K #10 até alcançar o comprimento esperado. Posteriormente, foi feita uma radiografia para avaliar a desobturação e a Odontometria (Figura 81).

Figura 81 – Raio-X de desobturação e Odontometria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Em relação à desobturação, nota-se a permanência de material obturador no conduto. Portanto, a conduta a ser tomada foi a remoção com o auxílio da microscopia eletrônica e do ultrassom. Em relação à Odontometria, a determinação do CRT foi de 23mm (Tabela 4).

Tabela 4 – Todas as medidas de referência para o tratamento endodôntico.

<b>CAD</b>	<b>CO</b>	<b>CRI</b>	<b>CRD</b>	<b>CRT</b>
24mm	18mm	22mm	24mm	23mm

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Foram feitos o selamento triplo e a medicação intracanal de escolha foi o Tricresol Formalina.

Uma medicação intracanal considerada ideal deve possuir requisitos como biocompatibilidade, bioatividade, ser bactericida e bacteriostática, ser de fácil manuseio e remoção pelo cirurgião-dentista e preencher fisicamente o canal. Além disso, é esperado que essa medicação possa atuar em áreas não tocadas pelos instrumentos, como as ramificações dos canais principais (LOPES; SIQUEIRA, 2020, p. 9).

“O Tricresol Formalina é um composto à base de Formalina e Cresol, que promove ação antimicrobiana a distância através do vapor de Formaldeído” (SOUZA et al., 1978 *apud* LOPES; SIQUEIRA, 2020, p. 7). “Sua indicação consiste em casos de necrose pulpar, nos quais o tecido em decomposição ainda preenche o sistema de canais, transformando os produtos tóxicos da degradação tecidual em produtos não tóxicos” (BUCKLEY, 1906 *apud* LOPES; SIQUEIRA, 2020, p. 7).

Na sessão seguinte, no dia 4 de março de 2024, com o auxílio da microscopia operatória e do ultrassom, foi feita a completa remoção do remanescente de material obturador. A junção desses dispositivos também tem sido denominada de atividade Microsonic (microscópio + ultrassom). De acordo com os estudos de Lima e Dias (2020), a microscopia é um dos principais

avanços da especialidade endodôntica dos últimos tempos e pode ser empregada para auxílio de diversos tratamentos. Sua maior vantagem é a magnificação da imagem e a iluminação, que ampliam significativamente e proporcionam ao profissional uma visão mais detalhada do campo operatório, diminuindo a margem de erro do tratamento e aumentando a qualidade do trabalho. Além do uso para remoção do material obturador não removido pelo solvente, como no caso a ser descrito, a microscopia também pode ser empregada na abertura coronária, diagnóstico de trincas, localização de quartos canais, tratamento em canais atrésicos, remoção de instrumentais fraturados, cirurgias parendodônticas, entre outros. Em relação ao ultrassom, ele também tem grande valia nas atividades endodônticas e vem sendo usado tanto em casos simples quanto em casos mais complexos. Alguns exemplos incluem acesso a áreas não tocadas por instrumentais, como istmos e canais achatados, localização dos canais, desinfecção e modelagem, obturação de canais radiculares, remoção de retentores, retratamento, remoção de instrumentais fraturados, agitação de soluções irrigadoras e cirurgia parendodôntica (CROZETA et al., 2022).

Com o inserto ultrassônico Clearsonic (Figura 82), que é liso, não cortante e possui uma saliência cônica em sua ponta, ideal para remoção de guta-percha e limpeza de áreas intocadas pelas limas tradicionais, fui raspando as paredes dentinárias do canal e removendo todo o material remanescente através da vibração (Figura 83). Em seguida, foi feita a radiografia de desobturação com uma lima K #10 no CRT (Figura 84).

Figura 82 – Inserto Clearsonic.



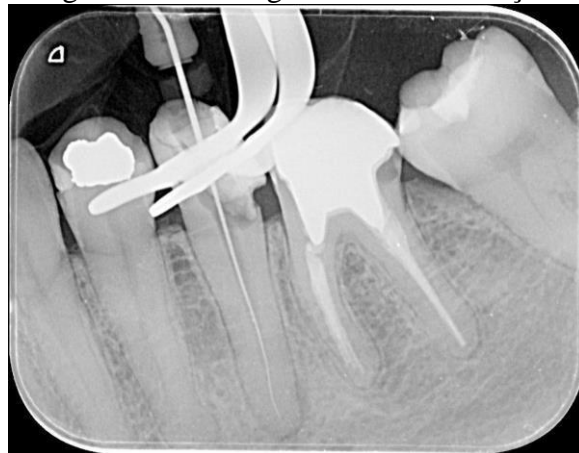
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 83 – Guta-Percha remanescente removida.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 84 – Radiografia de desobturação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Enfim, com a total desobturação do conduto, iniciei o tratamento convencional de necropulpectomia II, como já citado anteriormente é o tratamento para dentes com necrose pulpar somado a lesão periapical. O primeiro passo foi o cateterismo do canal com a lima K #10 no CRI, lembrando que a cada instrumentação foi realizada a irrigação com Hipoclorito de Sódio 2,5%. Em seguida, com a lima rotatória 15.10 de estrias branca e branca, foi feito o pré-alargamento no CAD – 5mm (18mm), a 600 RPM e 4 N de torque, com movimento de pincelamento. Como a Odontometria já estava feita, o passo seguinte foi a patência manual com a lima K #10 no CRD (24mm), seguida pela patência com a lima rotatória 15.03 de estrias branca e amarela, a 350 RPM e 1,5 N de torque, com movimento de bicada. Por fim, a formatação final foi feita com as limas rotatórias 25.06 de estrias vermelha e verde e 35.04 de estrias verde e vermelha, a 600 RPM e 1,5 N de torque, com movimento de pincelamento até o CRT (23mm).

A lima memória foi determinada pela última lima utilizada na formatação final, a 35.04, e com ela foi realizada a radiografia (Figura 85).

Figura 85 – Radiografia de lima memória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Na sequência, foi realizado o PUI (Irrigação Ultrassônica Passiva) para limpeza e remoção de detritos, utilizando o Easy Clean em baixa rotação. O procedimento consistiu em agitar 20 segundos com Hipoclorito de Sódio 2,5%, 20 segundos com EDTA e 20 segundos com Hipoclorito novamente. A pré-secagem foi feita com capillary tips e a secagem com cones de papel no diâmetro da lima memória. A medicação intracanal de escolha foi o Ultracal (Figura 86), que é uma pasta de Hidróxido de Cálcio com pH alcalino de 12,5% que contribui para a inativação enzimática bacteriana, tendo em vista que este meio alcalino não é favorável para sua metabolização. Além disso, possui íons capazes de se difundir pelos túbulos dentinários e alcançar canais acessórios e forame apical, possuindo propriedades antimicrobianas e anti-inflamatórias, além de induzir a formação de tecido mineralizado (SPONCHIADO, 2021).

Figura 86 – Radiografia com Hidróxido de Cálcio.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Após 15 dias com a medicação intracanal e com a paciente relatando não ter tido nenhuma sintomatologia, foi realizada a obturação utilizando a Técnica Híbrida de Tagger. A remoção do Hidróxido de Cálcio foi feita por meio da irrigação com Hipoclorito de Sódio 2,5% e instrumentação com a lima memória até observar que toda a pasta foi removida do conduto, verificando-se que o Hipoclorito saía totalmente incolor após a inundação e sucção. Em seguida, foi realizada a pré-secagem com capillary tips e a secagem com cones de papel do diâmetro da lima memória.

Os cones de guta-percha principais do tipo Odus e secundários (dois Ms e um P) foram desinfetados em Hipoclorito de Sódio 2,5% e posteriormente em soro fisiológico, em uma placa de Petri. Na sequência, os cones foram secos com gaze. O cone principal foi personalizado com régua calibradora para que seu diâmetro inicial fosse igual ao da lima memória e, em seguida, inserido no canal até o CRT. Ao tato, foi possível perceber um bom travamento do cone, e, em seguida, foi realizada a radiografia de conometria (Figura 87).

Figura 87 – Radiografia de conometria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Observando a boa adaptação do cone principal, chegou o momento de obturar. O cimento escolhido para realizar a obturação foi o Biocerâmico. O cimento endodôntico deve possuir características como boa estabilidade dimensional, não ser absorvível, bacteriostático e não irritante para os tecidos perirradiculares e dentários. Além disso, deve evitar o escurecimento dos dentes, ser capaz de selar canais laterais, ser de fácil manipulação e remoção do canal (se necessário, em caso de desobstrução), ser radiopaco, estéril e não termicamente condutor, não imunogênico ou carcinogênico (LAGE et al., 2023). O Biocerâmico é mais fácil de administrar em comparação com outros cimentos, pois já vem pronto em uma seringa, preparado para ser injetado no canal. Suas características de biocompatibilidade, capacidade de escoamento, alcalinidade, capacidade de vedação e aumento da resistência radicular o tornam um cimento ideal. É importante lembrar que o canal não deve estar demasiadamente seco, pois a umidade dentinária ajuda o cimento a tomar presa.

Após a administração do Biocerâmico no canal, inseri o cone principal novamente e, com a ajuda do espaçador B, fui inserindo os demais cones acessórios no conduto. Utilizei uma tesoura para cortar os excessos de cones e facilitar a compactação termomecânica da gutapercha. Essa compactação ajuda no selamento e na eliminação de irregularidades do preenchimento do canal. O condensador de gutapercha, que se assemelha a uma lima Hedstroem invertida, deve ser adaptado no contra-ângulo em baixa rotação, a uma velocidade de 15.000 RPM no sentido horário, na profundidade de 4 a 5mm aquém do CRT. Seu diâmetro deve ser dois números acima do diâmetro cirúrgico, ou seja, dois números acima da lima

memória. Quando o movimento rotatório do condensador entra em contato com a guta-percha, o atrito e a alta velocidade resultam na plastificação da mesma.

Após a termoplastificação, cortei os demais excessos de cones com um calcador de Lucas aquecido em lamparina, condensei verticalmente com o calcador número 3, limpei a câmara com o solvente eucaliptol e realizei o selamento triplo com bolinha de algodão, Coltosol e ionômero de vidro. Finalizando a sessão, realizei a radiografia final (Figura 88).

Figura 88 – Radiografia final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Devido à grande perda de estrutura dental na coroa, a paciente foi encaminhada para a clínica de prótese fixa. A preservação do tratamento endodôntico de necropulpectomia II deve ser realizada a cada 6 meses durante 4 anos e possui um bom prognóstico.

O sucesso do tratamento depende de diversos fatores, como a ausência de dor, infecção, tumefação, sintomas à palpação e percussão, fístula, doença periodontal associada ao endodonto, dente em função na arcada, ausência de sintomas subjetivos relatados pelo paciente e achados radiográficos, como espaço do ligamento periodontal normal ou espessamento insignificante (menor que 1mm), eliminação de rarefação perirradicular prévia, lâmina dura normal em relação ao osso adjacente, ausência de reabsorção quando comparado com a radiografia original e obturação tridimensional do espaço visível do canal, respeitando os limites do seu espaço até aproximadamente 0,5mm aquém do ápice radicular. A modernidade das terapias endodônticas tem alcançado índices de sucesso cada vez maiores, e, em caso de retratamentos, esse índice chega a 80%, tornando-se uma boa alternativa para casos de tratamento insatisfatórios (HENRIQUES et al., 2011).

Em suma, é importante ressaltar a satisfação da paciente na conclusão do tratamento, que apesar do não estabelecimento total da função do dente pelo fato de necessitar do tratamento de prótese, ainda sim demonstrou enorme contentamento devido ao alívio e conforto da dor além de confiança em mim e no meu trabalho. Com essa abordagem, busco garantir não apenas a recuperação e salvamento de dentes, mas também a promoção de uma qualidade de vida, seriedade e o bem-estar dos pacientes.

### **3 AUTOAVALIAÇÃO**

#### **3.1 Autoavaliação da aluna Hellen Klaudya Rodrigues Silva**

Ao final desses 5 anos, posso afirmar que esta jornada não foi fácil. Houve dias de alegria, tristeza, momentos de angústia e incertezas, além de diversos obstáculos ao longo do caminho. Para superá-los, foi necessário exercer muita paciência, resiliência e disciplina.

Durante a graduação, encontrei amigos que se tornaram minha família quando a minha não pôde estar presente. Juntos, compartilhamos momentos especiais que serão lembrados para sempre. Essa experiência me ensinou a me relacionar com uma variedade de pessoas de maneira única, desenvolvendo minha empatia e capacidade de oferecer um atendimento individualizado a cada paciente.

Hoje, equipada com os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, e consciente da vasta amplitude da Odontologia, estou pronta para me dedicar ao máximo e buscar constante evolução e novos conhecimentos na área. Meu objetivo é aprimorar minhas habilidades e expandir meus conhecimentos.

Ao refletir sobre minha jornada, sinto-me orgulhosa do que conquistei até aqui. Sou imensamente grata por toda a rede de apoio que tive ao meu lado, minha família e amigos. Sem eles, não teria sido possível realizar esse sonho.

Acredito fielmente que cada um de nós tem uma história a cumprir, e percebo que um capítulo importante da minha já foi concluído. Ao encerrar este ciclo, sinto apenas gratidão por todos que contribuíram de alguma forma para que eu me tornasse quem sou hoje e pudesse proporcionar sorrisos a outras pessoas.

### **3.2 Autoavaliação do aluno Jackson Silva Cidalino**

No decorrer dos 5 anos de graduação em Odontologia, tive a oportunidade de crescer profissional e pessoalmente, mas também enfrentei vários desafios, como insegurança, medo e ansiedade durante essa trajetória. Hoje, vejo essas experiências como necessárias para meu desenvolvimento. Realizei amizades incríveis, que desejo levar para toda a minha vida pessoal e também como colegas de profissão.

Desde que ingressei no curso, sempre gostei de tudo que envolve a Odontologia e não me vejo em outra profissão. Tive a oportunidade de colocar em prática todo o aprendizado recebido, desde as aulas teóricas e práticas laboratoriais até as clínicas e estágios realizados.

Estou profundamente agradecido por ter realizado o caso clínico apresentado, tratando a paciente de forma integral e devolvendo-lhe bem-estar e qualidade de vida. Esse é o tipo de trabalho que desejo continuar realizando ao longo da minha vida profissional. Reconheço que todos os desafios enfrentados durante a graduação foram importantes para meu crescimento e, a cada dia que passa, sinto que estou no caminho certo.

### **3.3 Autoavaliação da aluna Laryssa Santos Cardoso**

Durante os últimos cinco anos dedicados ao curso de Odontologia no UNILAVRAS, adquiri um vasto conhecimento, não apenas relacionado à minha futura profissão, mas também aplicável a diversas áreas da minha vida. Esse período foi marcado por momentos de amadurecimento, autoconhecimento e crescimento pessoal, pelos quais me sinto profundamente grata. Além disso, tive o privilégio de compartilhar essa jornada ao lado de pessoas incríveis que conheci graças ao UNILAVRAS.

Beneficiei-me de oportunidades excepcionais de aprendizado por meio das clínicas e estágios oferecidos, com uma estrutura que poucas faculdades têm o privilégio de proporcionar aos seus alunos. Durante os atendimentos, minha paixão pela profissão só se intensificou, ao perceber que a Odontologia não se resume apenas a proporcionar dentes bonitos aos nossos pacientes, mas também a melhorar sua qualidade de vida, com foco especial na saúde e bem-estar geral.

Ao concluir o curso, pretendo prosseguir com estudos avançados, como especializações e aperfeiçoamentos, visando tornar-me um profissional de excelência. Estou ciente dos desafios que essa jornada implica, porém, confio que a sólida base oferecida pelos excelentes profissionais do UNILAVRAS facilitará minha transição para o ambiente de trabalho. Estou

prestes a iniciar uma nova fase e pretendo honrar a profissão para a qual Deus me concedeu o privilégio de exercer.

### **3.4 Autoavaliação da aluna Rafaela Fonseca Sacramento**

Nos últimos cinco anos, meu interesse pela Odontologia tem crescido dia após dia. Encontrei nesta área uma combinação única de habilidades técnicas e a oportunidade de causar um impacto positivo na vida das pessoas. Ao longo dessa jornada, enfrentei desafios que me fizeram crescer tanto pessoal quanto profissionalmente. Aprendi muito, tanto teoricamente quanto na prática, e isso será fundamental para me tornar uma profissional ética e competente.

Cada obstáculo superado e cada triunfo alcançado contribuíram para minha formação, permitindo-me não apenas acumular conhecimentos teóricos e habilidades práticas, mas também cultivar valores éticos que são a essência da minha jornada rumo à excelência profissional. Os ensinamentos absorvidos ao longo do percurso, seja através das clínicas do UNILAVRAS, estágios ou atividades laboratoriais, moldaram-me não apenas como estudante, mas como uma futura profissional comprometida com a excelência e a integridade.

A vivência prática, central na estrutura do curso, proporcionou-me a valiosa oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em um ambiente real desde os primeiros estágios do percurso acadêmico. Progressivamente, aprimorei minha destreza manual, assimilando técnicas de manipulação de instrumentos e fortalecendo a confiança necessária para executar procedimentos odontológicos com segurança e eficácia.

Embora reconheça com gratidão a trajetória percorrida até o presente momento, estou plenamente ciente de que a Odontologia é uma ciência em constante evolução. Novas técnicas, tecnologias e pesquisas emergem continuamente, demandando uma postura de constante atualização e aperfeiçoamento. Neste sentido, anseio por continuar minha jornada de aprendizado e desenvolvimento profissional, buscando expandir meu domínio em áreas específicas da Odontologia e aprofundar-me em técnicas e procedimentos inovadores.

Compreendo que o investimento em meu crescimento profissional não só contribuirá para o meu próprio aprimoramento, mas também possibilitará que eu ofereça um atendimento ainda mais qualificado e compassivo aos meus futuros pacientes. Estou plenamente comprometida em perseguir a excelência em minha prática odontológica, mantendo-me receptiva às novas descobertas e oportunidades de aprendizado que se apresentarem ao longo da minha carreira.

Em suma, celebro com satisfação o progresso alcançado até o momento, enquanto mantenho-me firme em meu compromisso de cultivar uma jornada profissional marcada pela incessante busca pelo conhecimento, pela excelência e pela dedicação ao bem-estar daqueles que confiam em meus cuidados odontológicos.

### **3.5 Autoavaliação da aluna Vitória Dalila Silva Carvalho**

Olhar para trás e refletir sobre todo o percurso que percorri até aqui me faz sentir um imenso orgulho da minha evolução, do meu amadurecimento e da pessoa que sou após enfrentar todos os desafios que esse caminho me trouxe. Ser cirurgiã-dentista nunca foi um sonho para a Vitória de seis anos atrás, e hoje, tendo toda a experiência e satisfação que vivo a cada dia, posso afirmar que essa profissão se tornou um propósito na minha vida. O olhar humanizado e o prazer de cuidar e promover a qualidade de vida do outro são algumas das missões que espero nunca se apaguem dentro de mim.

O caso clínico sobre tratamento endodôntico que escolhi para este portfólio também é uma prova para mim mesma de que tudo que eu desejar, com esforço, dedicação, conhecimento e muita prática, eu posso alcançar. O meu primeiro tratamento endodôntico foi um dos maiores desafios clínicos e mentais que tive na graduação, e hoje, em casos semelhantes, posso afirmar que tenho muito mais habilidade técnica, melhor manejo com o paciente e, principalmente, inteligência emocional para lidar com as dificuldades que certamente aparecerão. Devo parte disso ao professor Dr. Marcone Reis Luiz, que sempre me orientou nas endodontias e incentivou minha assiduidade.

Hoje, prestes a iniciar minha vida profissional, sinto-me confiante nos meus conhecimentos e habilidades, e segura de que o UNILAVRAS me deu uma base sólida para praticar uma odontologia com ética e evidências. É com muito entusiasmo que desejo iniciar essa nova etapa, buscando sempre conhecimento, atualizações e o aperfeiçoamento das minhas deficiências, oferecendo o melhor que posso para as pessoas e fazendo a diferença em suas vidas.

## 4 CONCLUSÃO

Ao longo deste portfólio, exploramos e analisamos os casos clínicos de todos os integrantes do grupo, uma troca que enriqueceu nosso conhecimento e proporcionou um aprendizado abrangente em todas as áreas aqui abordadas.

Após tudo o que vivenciamos até aqui, consideramo-nos prontos para iniciar uma nova etapa como profissionais, sempre comprometidos com a ciência e em constante busca de evolução técnica e pessoal. A busca por atualizações e aprendizado jamais se encerrará, com o objetivo de proporcionar saúde, qualidade de vida e um atendimento humanizado aos nossos pacientes.

Chegamos ao fim deste curso com a convicção de que somos pessoas melhores do que éramos há cinco anos. A odontologia não apenas nos proporcionou lições acadêmicas, mas também nos transformou em pessoas melhores, com a sede de ajudar o próximo e levar saúde, função e estética por onde passarmos. Que essa vontade de ser e dar o nosso melhor a cada dia nunca cesse, e que possamos contribuir, ao menos em parte, para o bem-estar social.

## REFERÊNCIAS

- AL-HELOU, N. The extra oral and intra oral examination. **BDJ team**, v. 8, n. 5, p. 20-22, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41407-021-0622-z>.
- ALVES, D. L.; PERES, S. S. C.; LIMA, C. M. Faceta direta em resina composta: Indicação e técnica. **Revista Cathedral**, v. 4, n. 1, p. 109-116, 2022.
- ANDRADE, P. F. M. **Frequência do polimorfismo cyp2c19\*17 em um grupo de pacientes com transtorno depressivo maior tratados com citalopram ou escitalopram atendidos no hospital universitário Onofre Lopes**. 2019. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. *apud* FONSECA
- JÚNIOR, A. R. S.; CARVALHO JÚNIOR, P. E. de. **Efeitos clínicos do Escitalopram no tratamento de sintomas da depressão maior: revisão de literatura**. 2023. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Farmácia - Centro Universitário FG - UniFG, Guanambi, 2023.
- ARINELLI, A. M. D.; PEREIRA, K. F.; PRADO, N. A. S.; RABELLO, T. B. Sistemas adesivos atuais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 3, p. 242-246, 2016.
- BARROS, T. F. de. **Anamnese: a base para o sucesso do tratamento odontológico**. 2022. 37p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia, Centro Universitário FAMINAS, Muriaé, 2022. Disponível em: <https://bibliotecadigital.faminas.edu.br/jspui/bitstream/123456789/227/1/TH%C3%9ALIO%20FRANZINI%20DE%20BARROS.pdf>.
- BRANDT, C.; FENYO-FERREIRA, M.; COSTA, C.; VAROLI, O. J. The influence of teaching the paralleling periapical radiographic technique preliminarily to the bisecting-angle one. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.11, n.2, p.131-137, 1997.
- BUCKLEY, J. A rational treatment for putrescent pulps. **Dent Cosm**, p. 537-543, 1906. *apud* FRIEDRICH, F. **TRICRESOL FORMALINA: REVISÃO DE LITERATURA**. 2021. 23p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Especialização em Endodontia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.
- BÜTTENBENDER, S. **Guias anteriores de desoclusão: revisão de literatura**. 2021. 42p. TCC (Graduação), Curso de Odontologia, Centro Universitário UNIFACVEST, Lages, 2021.

CIESZYNSKI, A. Ueber die einstellung der roentgenrohre bei zahnaufnahmen. **Corresp F Zahnärzte**, p.158, 1907. *apud* CIESZYNSKI, A. In defense of the rights of authorship of some fundamental rules of X-ray technique and accessories. **Journal oh the History Dentistry.**, v. 60, n.1, p. 23-31, 1924.

CROZETA, B. M.; SOARES, I. M. V.; CAPELLI, A.; SILVA, E. J. N. L. A utilização do ultrassom em endodontia: princípios básicos e indicações clínicas. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 31, n. 90, p. 78-93, 2022. DOI: 10.36065/robrac.v31i90.1603.

DE ALMEIDA, L. M. G.; DE BRITO, G. M.; NOGUEIRA, J. G. S.; AZEVEDO, M. W.; BRÍGIDO, J. A.; BRÍGIDO, K. G. R. O uso do flúor como forma de tratamento preventivo para a cárie em crianças e adolescentes, **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 13, n. 1, p. 7-14, 2024.

DE ALMEIDA, R. R. **Ortodontia Preventiva e Interceptora: Mito ou Realidade?** [S. l.], Dental Press, 2013. 567p.

DE ANDRADE, L. C. P. J.; MARÇAL, R. L. O uso do eucaliptol na Odontologia. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, e10712541469, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41469>.

DE SOUZA, G. M.; PASCOAL, C. E. B.; MARTINHO, P. V. de A.; PERES, S. H. de C. S.; DE ARAUJO, P. P. B.; PEREIRA, G. O. F. Tratamento de sobremordida com batente anterior. **Revista Fisioterapia & Terapia Ocupacional**, v. 27. DOI: 10.5281/zenodo.7811660.

DONYAVI, Z. et al. Antibacterial Efficacy of Calcium Hydroxide and Chlorhexidine Mixture for Treatment of Teeth with Primary Endodontic Lesions: A Randomized Clinical Trial. **Iranian Endodontic Journal**, v.11, n. 4, p. 255-260, 2016. *apud* MORTOZA, T. D. **TRATAMENTO ENDODÔNTICO: SESSÃO ÚNICA**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia, Universidade do Rio Verde (UNIRV), Rio Verde, 2020.

DOS SANTOS, M. L. V. D.; MENDES, D. dos S.; MENEZES, A. F.; GOMES, A. P. M.; GOMES, A. M. M.; SARMENTO, L. C. Conduta clínica do cirurgião-dentista frente a avulsão de dentes decíduos e permanentes: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 23, n. 3, p. 101-113, 2021. DOI: 10.47456/rbps.v23i3.34994.

FENYO-PEREIRA, M. **Série Fundamentos de Odontologia – Radiologia Odontológica e Imagiologia**. 3 ed., Santos, 2021, 320p.

FERRAZ, J. A.; JÚNIOR CARVALHO, J. R. de; SAQUY, P. C.; PÉCOR, J. D.; SOUSA-NETO, M. D. Dental anomaly: dens evaginatus (talon cusp). **Brazilian Dental Journal**, v. 12, n. 2, p. 132- 134, 2001.

FERREIRA, L. M. S. **PROCEDIMENTO REALIZADO EM CASO DE TRAUMA EM INCISIVO JOVEM PERMANENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA**. 2023. 21p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia, Centro Universitário UNIFACIG, 2023.

FERREIRA FILHO, M. J. S.; ALVES, D. P.; CÂMARA, I. F. R. da.; SOUZA, Q.-H. da S.; BRASIL, S. P. A.; AGUIAR, J. L. de; MILÉRIO, L. R.; MOUSINHO, L da S. Reabilitação oral com prótese parcial removível dupla: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 16934-16947, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n2-359.

FOGGIATO, A. A.; PEREIRA, A.C.; ALMEIDA, R. C. de.; FUZIY, C.; SILVA, D. F.; FUZIY, A. Classificação de Angle: uma sugestão de modificação pela relação sagital de caninos. **Odonto.**, v. 27, n. 53, p. 19-27, 2020. DOI: 10.15603/2176-1000/odonto.v27n53p19-27.

HENRIQUES, L. C. F.; DE CASTRO, A. C. D. V.; CARDOSO, F. P.; TAVARES, W. L. F.; ROSA, C. C. S. Tratamento endodôntico de molares e retratamentos. **Arquivos em Odontologia.**, v. 47(supl.2), p. 119-122, 2011.

JÚNIOR GUIMARÃES, C. H. **Ortodontia - Tópicos para especialização**, 1 ed., Santos, 2015.

KINA, M.; SANTOS, A. R. dos.; KINA, J.; MARTIN, O. C. L.; PIRES, H. C.; BOER, N. P.; FABRE, A. F. Dente anterior fraturado: diagnóstico, prognóstico e retratamento de caso clínico. **Archives Of Health Investigation**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/879>.

LAECI, G. **Opções de tratamento da pulpíte crônica hiperplásica em dentes decíduos versus dentes permanentes: revisão narrativa.** 2023. 47p. Dissertação de Mestrado, Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2023. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/12615/1/PPG\\_38349.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/12615/1/PPG_38349.pdf).

LAGE, C. A.; FARIAS, J. P.; GAMA, R. N.; LOPES, L. P. B. Aplicações clínicas dos cimentos bio cerâmicos, vantagens e desvantagens do seu uso em tratamentos endodônticos: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.23397- 23413, 2023. DOI:10.34119/bjhrv6n5-403.

LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. de T. **Tratamento de canais radiculares.** Artes Médicas, 2017, 480p.

LEVITAN, M. E.; HIMEL, V. T. Dens evaginatus: literature review, pathophysiology, and comprehensive treatment regimen. **Journal of Endodontics.**,v. 32, n. 1, p. 1-9, 2006. DOI: 10.1016/j.joen.2005.10.009. PMID: 16410059.

LIMA, S. S.; DIAS, M. G. S. MICROSCOPIA NA ENDODONTIA: A IMPORTÂNCIA DO MICROSCÓPIO OPERATÓRIO NA ENDODONTIA. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 1, p. 1- 12, 2020.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JUNIOR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica**, 4 ed., Elsevier Editora Ltda., 2015, 951p.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JUNIOR, J. F. **Endodontia - Biologia e Técnica.** 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020. *apud* FRIEDRICH, F. **TRICRESOL FORMALINA: REVISÃO DE LITERATURA.** 2021. 23p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Especialização em Endodontia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.

LUND, A. F. da S. **Dentística restauradora: Do planejamento à execução.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 79-87, 2016.

LUSTOSA, R. A. **O uso de analgésicos e anti-inflamatórios para o controle da dor na odontologia.** 2022. 21p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2022.

MENDES, B. P.; MAGALHÃES, R. C.; CAETANO, R. M. Ortodontia preventiva e interceptativa: benefícios à saúde oral. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e23812642236, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42236>.

MENEZES, M. S.; VILELA, A. L. R.; SILVA, F. P.; REIS, G. R.; BORGES, M. G. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. **ROBRAC**, v. 23, n. 66, p. 124-129, 2014.

MOREIRA, D. de T.; LOPES JÚNIOR, S. da S.; PAVAN, R. V.; REZENDE, M. **ANOMALIAS DENTÁRIAS: UMA ABORDAGEM INTERATIVA NA WEB**. 2005. 52p. IV Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PBIC), Centro Universitário UniEvangélica, 2005.

NEVILLE, B. B. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed., Editora: Elsevier, Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, C. M.; BARBOSA, M. B. A.; JACOBINA, R. R. S. Prescrição racional de antibióticos após exodontia. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 2555-2569, 2023. DOI: 10.55892/jrg.v6i13.870.

PICON, C. K.; ZIS, V.; FIGUEIREDO, M. C. Avaliação clínica das soluções de fucsina básica 0,5% e vermelho ácido 1% em propilenoglicol como evidenciadores de cárie em dentes decíduos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 38, n. 1, p. 12-15, 1997.

PORTO, T. F. R.; SILVA, I. S. N.; CORREIA, K. V. D. Achados incidentais em radiografia panorâmica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e1211830546- e1211830546, 2022.

PURGER, F. P.; OLIVEIRA, P. R. A.; VASCONCELLOS, A.; RIBEIRO, A. Relative importance of radiographs in diagnosing primary molar's proximal caries. **Journal Dental Research**. 2011; 90, IADR/AADR General Session & Exhibition Abstracts. *apud* SOARES, G. G.; SOUZA, P. R.; PURGER, F. P. de C.; DE VASCONCELLOS, A. B.; RIBEIRO, A. A. Métodos de detecção de cárie. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 84-89, 2012.

OLIVEIRA, B. da C.; PEREIRA, C. A.; FILHO, S. M. de A.; SILVA, M. V. L. e; MATOS, J. X.. OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA CÚSPIDE EM GARRA EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO. *Revista Científica do Tocantins*, Porto Nacional, v. 1, n. 1, p. 1-9, 7 dez. 2021. Disponível em: <https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/26/27>

ROSAL, A. L. B. L. **Manejo de espaços na dentadura mista**. 2021, 40p. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29405/1/2021\\_AннаLeticiaBatistaLemosRosal\\_tcc](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29405/1/2021_AннаLeticiaBatistaLemosRosal_tcc).

SILVA, M. A. de L.; AGUIAR, G. A.; BOAVENTURA, R. S. N.; SANTOS, K. Z. S. da S.; BASTOS, E. D.; ADRIANO, G. B.; DOS SANTOS, L. K. M.; REBOUÇAS, A. L. B. R. Reabilitação estética e funcional com pino de fibra de vidro. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17259-17267, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-147>.

SJÖGREN, U.; FIGDOR, D.; PERSSON, S. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. **International Endodontic Journal**, v. 30, n. 5, p. 297-306, 1997. *apud* GRANDEMAGNE, A. L. F.

**COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DO HIPOCLORITO DE SÓDIO E CLOREXIDINA COMO SOLUÇÕES IRRIGADORAS DE CANAIS RADICULARES**. 2020. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2020.

SOARES, J.; GOLDBERG, F. **Endodoncia, Técnica y Fundamentos**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. *apud* GRANDEMAGNE, A. L. F. **COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DO HIPOCLORITO DE SÓDIO E CLOREXIDINA COMO SOLUÇÕES IRRIGADORAS DE CANAIS RADICULARES**. 2020. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2020.

SOUZA, V. et al. Emprego de medicamentos no interior dos canais radiculares. Ação tópica e à distância de algumas drogas. **ARS Curandi Odontol (São Paulo)**, p. 4- 15, 1978. *apud* FRIEDRICH, F. **TRICRESOL FORMALINA: REVISÃO DE LITERATURA**. 2021. 23p. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Especialização em Endodontia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2021.

SOARES, G. G.; SOUZA, P. R.; PURGER, F. P. de C.; DE VASCONCELLOS, A. B.; RIBEIRO, A. A. Métodos de detecção de cárie. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 84-89, 2012.

SPONCHIADO, I. D. **O USO DO HIDRÓXIDO DE CÁLCIO COMO MEDICAÇÃO INTRACANAL – REVISÃO DE LITERATURA**. 2021. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Pós-graduação em Endodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

WATANABE, P. C. A.; ARITA, E. S. **Imaginologia e Radiologia Odontológica**. 2 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.