



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**CAROLINE SILVA PEREIRA GOUVÊA
LARA CONDE FERREIRA
LARA MARIA SILVA
MARIA FERNANDA RESENDE VALÉRIO**

**LAVRAS – MG
2024**

**CAROLINE SILVA PEREIRA GOUVÊA
LARA CONDE FERREIRA
LARA MARIA SILVA
MARIA FERNANDA RESENDE VALÉRIO**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Profa. Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino - Centro Universitário de Lavras (Unilavras)

**LAVRAS – MG
2024**

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

Gouvêa, Caroline Silva Pereira.

G719p Portfólio acadêmico / Caroline Silva Pereira Gouvêa, Lara Conde
Ferreira, Lara Maria Silva, Maria Fernanda Resende Valério. – Lavras:
Unilavras, 2024.

80f.: il.

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

Orientador: Prof.^a Luciana de Pádua Gonçalves Tourino.

1. Por1Sorriso, Próteses Totais. 2. Recessão gengival, Recobrimento
radicular. 3. Tratamento ortodôntico, Periodontia. 4. Traumatismo dentário,
Reabilitação estética. I. Ferreira, Lara Conde. II. Silva, Lara Maria. III. Valério,
Maria Fernanda Resende. IV. Tourino, Luciana de Pádua Gonçalves.
(Orient.). V. Título.

**CAROLINE SILVA PEREIRA GOUVÊA
LARA CONDE FERREIRA
LARA MARIA SILVA
MARIA FERNANDA RESENDE VALÉRIO**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em: ___/___/___

ORIENTADORA

Profa. Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino - Centro Universitário de Lavras (Unilavras)

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux - Centro Universitário de Lavras (Unilavras)

**LAVRAS – MG
2024**

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de demonstrar graças e também entender que em nossa vida não conseguimos conquistar nada sozinhos. Por todo o amparo prestado durante toda a caminhada, desejamos em primeira instância, agradecer a Deus, por realizar nossos sonhos de maneira muito além do que poderíamos idealizar.

Aos nossos pais, expressamos nossa gratidão por sempre nos incentivarem a seguir nossos sonhos; compreendemos que a trajetória até este ponto tem sido uma experiência transformadora, somente possibilitada pelo apoio e amor incondicional que recebemos de vocês.

À nossa orientadora, Profa. Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, agradecemos por todo o auxílio e instrução durante todo o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que representa um momento muito importante na vida de cada um de nós.

Aos professores, reconhecemos o empenho e valorizamos profundamente todo o conhecimento por vocês compartilhado ao longo dos cinco anos de curso, os quais contribuíram de maneira significativa para o nosso crescimento acadêmico e pessoal. Além disso, gostaríamos de agradecer aos funcionários do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), por nos proporcionarem a melhor experiência e qualidade de ensino.

Aos nossos queridos pacientes, obrigada pela oportunidade e confiança que demonstraram em nos permitir colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a graduação. Expressamos nosso respeito e apreço, pois sua colaboração foi fundamental para nos tornarmos pessoas mais humanas e profissionais empáticos.

Por fim, a todas as integrantes deste portfólio, agradecemos pelo companheirismo e por tornarem esse ciclo mais leve.

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

Johann Goethe
(1749 – 1832)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Participações nas ações da Por1Sorriso.....	15
Figura 2	Logo Por1Sorriso.	16
Figura 3	Patrocinadores da ONG e kits de higiene bucal.....	17
Figura 4	Logomarca SB Brasil 2010.....	18
Figura 5	Exemplos de Próteses Totais.	19
Figura 6	Boletim de atendimento referente a ação de prótese.....	20
Figura 7	Kit completo que cada voluntário recebe.	21
Figura 8	Ficha de identificação de pacientes de prótese da Por1Sorriso.....	22
Figura 9	Copos descartáveis separando as dosagens corretas de gesso e água para vaziar os moldes.	23
Figura 10	Fase de realização dos alívios em cera.	23
Figura 11	Resina fotopolimerizável marca Megatray.....	24
Figura 12	Processo de delimitação da área basal dos modelos.	25
Figura 13	Roletes de cera sendo inseridos na base de prova.....	25
Figura 14	Confecção da correta angulação para os roletes de cera.	26
Figura 15	Base de prova superior e inferior estabilizadas com grampos e fixadas a articulador semiajustável.....	28
Figura 16	Processo de fixação dos dentes artificiais na base de prova.	29
Figura 17	Registro de uma paciente atendida durante a ação após os ajustes das suas bases de prova superior e inferior.....	30
Figura 18	Ordem de procedimentos realizados durante a inclusão das bases de prova em mufla.....	31
Figura 19	Processo de formação de retenções com broca na estrutura dos dentes artificiais.	32
Figura 20	Especificações dos ciclos feitos pelos micro-ondas.	33
Figura 21	Sequência de processos realizados antes que a mufla seja exposta ao calor.....	33
Figura 22	Etapa de polimento final em torno.....	34
Figura 23	Próteses finalizadas sendo preparadas para a entrega.	35
Figura 24	Recessão gengival.	37
Figura 25	Esquema mostrando a classificação de Miller.....	38
Figura 26	Exame simplificado.	39

Figura 27	Técnica da tunelização.....	40
Figura 28	Sutura em X na área doadora.....	41
Figura 29	Verificação do enxerto.....	42
Figura 30	Avaliação da cicatrização.....	43
Figura 31	Contração do enxerto.....	43
Figura 32	Situação clínica inicial à final.....	45
Figura 33	Fotografia inicial da paciente.....	49
Figura 34	Vista intra oral inicial da paciente.....	49
Figura 35	Radiografia periapical do dente 21.....	49
Figura 36	Periograma da paciente evidenciando a presença de bolsas periodontais localizadas no dente 21 e um quadro de gengivite generalizada.....	49
Figura 37	Vista intraoral após a instalação do aparelho ortodôntico.....	55
Figura 38	Vista intraoral após a finalização da técnica de intrusão ortodôntica ...	55
Figura 39	Radiografia periapical do dente 21 após a intrusão ortodôntica.....	55
Figura 40	Vista intra oral após a colocação do elástico corrente total.....	56
Figura 41	Paciente em máxima intercuspidação atual após a finalização ortodôntica.....	57
Figura 42	Radiografia periapical do dente 21 após a finalização ortodôntica.....	58
Figura 43	Periograma final constatando a inexistência de bolsas periodontais no dente 21, 8 meses após a finalização ortodôntica.....	58
Figura 44	Aspecto clínico inicial mostrando a fratura coronária no elemento dental 21.....	61
Figura 45	Exame radiográfico periapical do elemento 21.....	62
Figura 46	Arcada superior, com o capeamento pulpar direto no elemento 21.	63
Figura 47	Mesa clínica preparada para a realização do tratamento proposto.....	64
Figura 48	Materiais utilizados para restauração em resina composta.....	66
Figura 49	Restauração com resina composta do elemento 21.....	67
Figura 50	Exame radiográfico periapical final do elemento 21.....	67
Figura 51	Aspecto final da restauração do elemento 21.....	69
Figura 52	Pós-operatório da restauração em resina composta após o polimento....	69

LISTA DE SIGLAS

CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso
EAV	Atividade Especificas Vocacionais
EFL	Espaço Funcional Livre
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ISO	International Organization for Stardization
MG	Minas Gerais
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Prótese Total
SB	Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Técnico em Prótese Dentária
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Caroline Silva Pereira Gouvêa	12
2.1.1	Desenvolvimento da atividade	14
2.1.2	Por1Sorriso.....	15
2.1.3	O problema do edentulismo no Brasil.....	18
2.1.4	Ação de Prótese Total em Paraisópolis-MG.....	19
2.2	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lara Conde Ferreira	35
2.2.1	Desenvolvimento da atividade.....	37
2.3	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lara Maria Silva	45
2.4	Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Fernanda Resende Valério.....	59
2.4.1	Desenvolvimento da atividade	60
3	Autoavaliação	70
3.1	Autoavaliação da aluna Caroline Silva Pereira Gouvêa	70
3.2	Autoavaliação da aluna Lara Conde Ferreira	70
3.3	Autoavaliação da aluna Lara Maria Silva.....	71
3.4	Autoavaliação da aluna Maria Fernanda Resende Valério	71
4	CONCLUSÃO.....	73
	REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

Quando nos referimos à Odontologia nos dias atuais, temos a oportunidade de explorar diversas áreas de atuação. Tais áreas atendem as necessidades específicas de cada paciente, garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida por meio da recuperação da função, saúde e estética.

Nesse contexto, o intuito do presente portfólio é apresentar as experiências vivenciadas por quatro acadêmicas do Centro Universitário de Lavras – Unilavras, ao longo dos cinco anos de graduação.

A aluna Caroline Silva Pereira Gouvêa apresenta sua experiência com a Organização Não Governamental (ONG) Por1Sorriso, em uma ação social exclusiva para a produção de próteses totais (PT) gratuitas, que foi realizada na cidade de Paraisópolis – Minas Gerais (MG), no ano de 2023. A graduanda aborda o problema do edentulismo no Brasil e a técnica utilizada na confecção das próteses totais.

A aluna Lara Conde Ferreira relata o caso clínico envolvendo uma paciente com recessão gengival no primeiro pré-molar superior direito. A abordagem terapêutica adotada foi a técnica cirúrgica de recobrimento radicular associada ao enxerto de tecido conjuntivo. Essa escolha foi fundamentada na necessidade de restaurar o tecido gengival perdido e proteger a raiz exposta, visando não apenas o conforto do paciente, mas também a devolução da estética e saúde periodontal a longo prazo. A técnica demonstrou ser eficaz nesse caso de recessão gengival de Classe I de Miller, proporcionando não apenas o completo recobrimento da raiz, mas também benefícios clínicos significativos, como ganho de inserção clínica e aumento de tecido queratinizado.

A aluna Lara Maria Silva discorre a respeito de um caso clínico que traz consigo a alternativa de associar o tratamento ortodôntico ao tratamento periodontal, como técnica auxiliar na recuperação de defeitos infra ósseos. A paciente apresentava uma periodontite estágio III, grau B, localizada no dente incisivo central superior esquerdo, que já se estendia ao terço apical radicular, onde foi realizado o tratamento periodontal associado a técnica ortodôntica de intrusão, para o ganho de inserção óssea e manutenção do elemento dental na cavidade bucal.

A aluna Maria Fernanda Resende Valério descreve o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de oito anos que compareceu ao atendimento de urgência da Clínica Infantil III do Unilavras, no qual foi realizado tratamento

restaurador no incisivo central superior esquerdo, que sofreu uma fratura envolvendo esmalte, dentina, e com exposição pulpar, durante um traumatismo.

Este trabalho evidencia alguns dos casos clínicos e experiências vividas durante a nossa jornada acadêmica e a sua contribuição em nossa formação como futuros profissionais da área da saúde, demonstrando tanto as superações, como também os desafios enfrentados durante a graduação.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Caroline Silva Pereira Pereira Gouvêa

Meu nome é Caroline Silva Pereira Gouvêa, tenho 22 anos, sou natural de Baependi, interior de Minas Gerais. Filha de Janaína Romão da Silva e Ênio Pereira Gouvêa, os quais, desde muito novos, sempre se mobilizaram com grande empenho para que meu crescimento fosse o melhor dentro da realidade que poderiam me oferecer. Com a minha chegada, os objetivos de um casal de adolescentes, desviaram-se de suas corriqueiras vidas para o desafio de criar uma criança com princípios e, principalmente, sonhos, hábito muito cultivado por eles em meu coração!

Baseando-se nessa realidade, desde muito nova, sempre fui impulsionada a sonhar com novos caminhos e oportunidades, mesmo tendo um coração repleto de inseguranças, característica que esteve comigo desde a minha infância, exceto quando se tratava da Odontologia.

No que se refere a minha história com a Odontologia, iniciou-se quando eu ainda estava no oitavo ano do Ensino Fundamental. Levando em conta que não havia nenhum tipo de contato anterior na família, o desejo pela área tomou forma após a finalização do meu tratamento ortodôntico, pois, através dele, consegui sanar uma insegurança muito presente na adolescência: a posição dos dentes que não me agradava ao sorrir.

A partir de então, o tempo passou, e com a chegada do Ensino Médio, junto a ele vêm também as perguntas sobre qual curso queremos fazer na faculdade, e a resposta, desde o oitavo ano se manteve a mesma: “Eu quero ser dentista!”. Como rotina, meus pais não mediram esforços para que eu alcançasse o objetivo que há tantos anos eu semeava, dessa forma, começamos a corrida pelos vestibulares, Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e visitas a universidades.

Em meio a vastidão de faculdades, a certeza que eu tinha era que não queria me afastar da minha família, sendo assim, a escolha do futuro seria pautada exclusivamente nos parâmetros de distância. Todavia, ao conhecer os locais que se enquadravam nesse quesito, nenhum me encantou os olhos ou me deixou ansiosa para pertencer, mas uma opção mais distante não estava em jogo.

Assim como eu, minha mãe começou a notar certo descontentamento de minha parte com as decisões que vinha tomando sobre qual oportunidade escolher, e então, já sabendo da existência de uma faculdade em Lavras, me convenceu a realizar o vestibular. Após algum tempo, recebi a notícia que havia sido aprovada e, em virtude disso, resolvemos visitar a instituição para conhecer tanto a infraestrutura estudantil, quanto a clínica. A visita em questão me provocou um mês de incertezas, pois em decorrência dela, finalmente encontrei um local que conseguiu me trazer alegria e empolgação.

Dessarte, em meados de janeiro de 2020, de súbito, expus o desejo de iniciar minha graduação no Unilavras. Por conseguinte, assim que assimilada essa realidade, demos abertura a organização de uma nova vida em uma cidade diferente, com pessoas diferentes e, principalmente, com o meu maior desafio, sem a presença da minha família. O começo foi assustador, mas o auxílio de boas companhias e o comumente apoio familiar, deixaram meu coração esperançoso, mesmo que ainda duvidoso se teria feito a escolha correta.

Ao tempo que ia conhecendo e me aventurando pelo curso, foi crescendo em mim uma sensação de pertencimento, não somente para com a faculdade, mas para com o novo ciclo de conhecimento próprio que havia dado início sozinha. Com isso, comecei a perceber que as escolhas que tinha feito foram pertinentes, e que pertencia a uma instituição que não prezava apenas por uma graduação marcada por êxitos acadêmicos, como também pela evolução como ser humano, característica essa, que se relaciona de forma categórica e direta com o assunto do trabalho.

Cada vez que iniciava uma nova matéria ou realizava um procedimento prático, ficava ainda mais entusiasmada, convencendo não somente a mim, mas a todos a minha volta que estava no caminho certo! Durante todo esse processo de novas descobertas, quando estava no sétimo período, conheci o Projeto Por1Sorriso através da indicação de uma amiga especial, que o amava de uma forma excepcional. No início, não entendia toda essa admiração, entretanto, após ter a oportunidade de vivenciar a experiência com a ONG, consegui não apenas entender, mas vivenciar o trabalho promovido, e assim, como diziam, acabei sendo picada pelo 'bichinho do social'.

A princípio, participaria de apenas uma ação na cidade de Gonçalves-MG, todavia, o desejo de participar de maneira mais assídua se aflorou. Com isso, se diferenciando de muitas instituições, mas reafirmando sua forma única de formar

profissionais capacitados, o Unilavras me prestou total apoio para participar de novas ações, realizadas em Sapucaí Mirim e Paraisópolis.

Posterior a cada vivência, refletindo sobre cada paciente atendido, cada sorriso e alma restaurados, pude perceber que dentre tantos sonhos que tinha desde pequena, agora, crescia em mim, o sonho de pertencer a algo maior, que me daria mais do que lucros financeiros, mas sim, alegria em ver a profissão que escolhi desde os meus treze anos, ser garantida para todos, independente de classe social ou socioeconômica. Ademais, poder garantir que se cumpra o que diz na música Valeu a Pena, do grupo Vocal Livre: *“Quero ser alguém que faz, alguém capaz de refletir a Tua luz, quero transmitir a paz que antes já transborda em mim e Ti traduz, levar o que faz da minha vida algo que valeu a pena ser.”*

Consequente, discorrerei em meu trabalho de conclusão de curso sobre minha terceira experiência como voluntária, onde tive a oportunidade de experienciar a rotina da confecção de 201 próteses totais em um período de sete dias, podendo, dessa forma, relatar a realidade da prótese total vivenciada em uma ação social.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

Minha história com a Por1Sorriso se iniciou de forma discreta, através de relatos de experiências de pessoas conhecidas, as quais chegavam a mim com grande empolgação e com o famoso brilho nos olhos de quem se encontra apaixonado por tudo que teve a oportunidade de vivenciar. Todavia, de maneira precisa e pessoal, tive meu primeiro contato com a Organização Não Governamental (ONG) em abril de 2023, onde participei da minha primeira ação em Gonçalves-MG (Figura 1A), seguida de Sapucaí Mirim-MG (Figura 1B) em junho, e Paraisópolis-MG (Figura 1C) em agosto.

Figura 1 – Participações nas ações da Por1Sorriso.



Sendo: (A) Participação na ação de Gonçalves. (B) Participação da ação de Sapucaí-Mirim. (C) Participação da ação de Paraisópolis. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

2.1.2 Por1Sorriso

No que diz respeito a Por1Sorriso, cuja logomarca se encontra na figura 2, ela se classifica como uma Organização Não Governamental. Sendo assim, a título de explicação, o conceito ONG foi criado no ano de 1940, pela Organização das Nações Unidas – ONU, a fim de classificar agentes privados que atuam com finalidade pública e sem fins lucrativos no nomeado ‘terceiro setor’ da sociedade.

Outrossim, é mister ressaltar, que a nossa sociedade é dividida em três setores, sendo eles: o ‘primeiro setor’ que engloba o Estado, abrangendo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; o ‘segundo setor’ que compreende o Mercado, com seus investimentos privados; e por último, o ‘terceiro setor’ que corresponde às ONG’s, fundações e instituições, todas sem fins lucrativos. Com isso, pode-se concluir que o último setor, se caracteriza como um grupo que promove iniciativas privadas, com o intuito da prestação de serviços públicos, sem nenhum tipo de benefício financeiro (Mañas; Medeiros, 2012).

Segundo Rothgiesser (2004) citado por Mañas e Medeiros (2012, p.18), o terceiro setor consiste em cidadãos que participam de modo espontâneo e voluntário de ações que visam o interesse social, como é o caso da ONG, que para desenvolver todas as suas ações, conta com voluntários de vários lugares do Brasil e também do exterior.

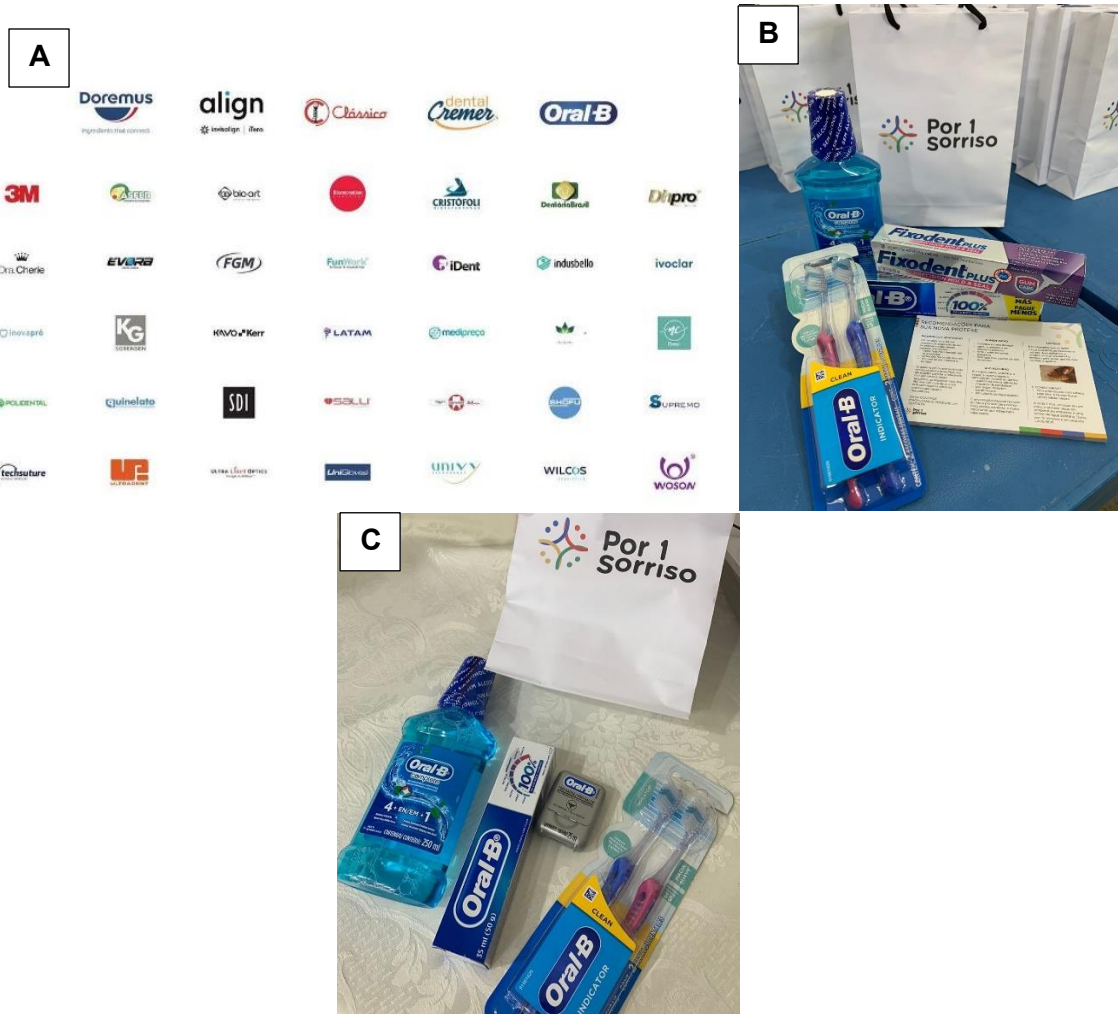
Figura 2 – Logo Por1Sorriso.



Fonte: Disponível em: <<https://por1sorriso.org/>>. Acesso em: 12 abr. 2024

Olak (1999) afirma que os recursos financeiros das entidades sem fins lucrativos são fornecidos através de doações e contribuições. Dessa forma, a Por1Sorriso conta com uma grande equipe de patrocinadores (Figura 3A), que auxiliam no patenteamento das ações, criando não só as oportunidades de consultas de qualidade como também a manutenção do tratamento realizado por meio de kits de higiene bucal (Figura 3B e C) que são disponibilizados a cada indivíduo atendido.

Figura 3 – Patrocinadores da ONG e kits de higiene bucal.



Sendo: (A) Patrocinadores da ONG no ano de 2024. (B) Kit específico para pacientes desdentados. (C) Kit específico para pacientes dentados. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Seguida de tais explicações, no que tange à Por1Sorriso, foi fundada no ano de 2016 pelos dentistas Felipe Rossi e Marina Bello, com o intuito de propagar o atendimento odontológico em regiões que não possuíam acesso ao tratamento, levando não só saúde, mas também amor e autoestima.

Com relação a primeira execução do projeto, foi realizada na África, entretanto, nos dias atuais, após oito anos de seu estabelecimento, a ONG já alcançou mais de 100 regiões por todo o território brasileiro e Continente Africano.

Como metodologia de trabalho, as ações podem contar com equipes multidisciplinares na área odontológica, incorporando profissionais de diferentes especialidades, como a Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Dentística, Odontopediatria, Prótese, além dos estudantes da graduação e Técnicos em Prótese

Dentária (TPD). Desse modo, nos projetos gerais como os realizados em Gonçalves e Sapucaí-Mirim, os atendimentos abrangiam todos os campos citados.

Todavia, a ação de agosto de 2023, executada em Paraisópolis, em que participei e irei relatar minha experiência no presente trabalho, foi exclusiva para atendimentos protéticos, onde todos os pacientes necessitavam restritamente de procedimentos reabilitadores totais, podendo abranger as duas arcadas ou apenas uma. Nessa ocasião, o time de voluntários era composto por cirurgiões dentistas protesistas, técnicos protéticos e acadêmicos.

2.1.3 O problema do edentulismo no Brasil

De acordo com os resultados obtidos pelo levantamento epidemiológico em Saúde Bucal de 2010 (Ministério Da Saúde, 2011) no grupo de idosos analisados com idades entre 65 a 74 anos, 23,9% necessitam do uso de prótese total (PT) em ao menos uma arcada. Com relação ao uso de PT superior e inferior (duplas), obteve-se o resultado de 15,4%. Outrossim, é de suma importância apresentar também as porcentagens encontradas no grupo de adultos (34 a 45 anos), tendo a prevalência de 1,3% do total analisado necessitando de uma prótese total, seja ela superior ou inferior. Na figura 4 tem-se a logomarca da SB Brasil 2010.

Figura 4 – Logomarca SB Brasil 2010.



Fonte: Disponível em: <<https://images.app.goo.gl/tkHkoeJ8xeeyfkv5>>. Acesso em: 10 abr. 2024.

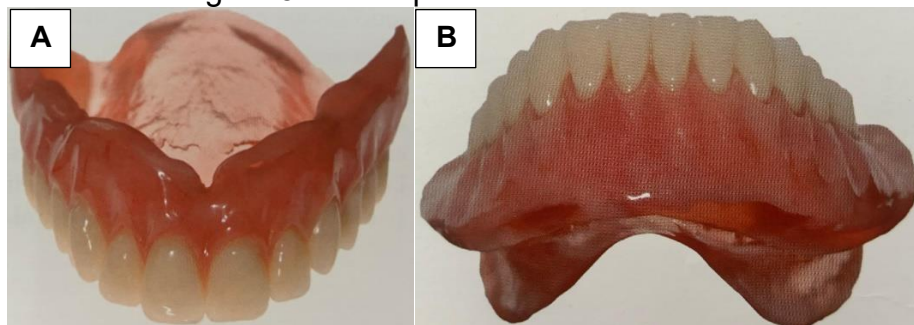
Conclui-se, portanto, que o edentulismo, ou seja, a falta parcial ou total dos dentes permanentes (Oliveira, 2013), é uma realidade ainda vivenciada pela população brasileira. As consequências causadas por esse desequilíbrio bucal são danos a estética, função, problemas psicológicos e sociais (Kreve; Didier, 2016), que precisam ser solucionados, pois, somente assim, as condições de promoção, proteção

e recuperação da saúde, asseguradas na Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990) poderão ser cumpridas.

No que tange às possibilidades de tratamentos para essa problemática, no decorrer do último século, o método reabilitador para edentados mais utilizado foi a Prótese Total, isso se deve ao fato de que esses aparelhos protéticos possuem um custo viável, além de poucas contraindicações (Telles, 2011 citado por Nogueira *et al.*, 2022).

Dessarte, a PT (Figura 8A e B) é um dispositivo que repõe os dentes e o volume alveolar perdidos em uma arcada totalmente edêntula (Volpato *et al.*, 2013), que tem como principais objetivos o reestabelecimento das funções mastigatórias, fonéticas e estéticas.

Figura 5 – Exemplos de Próteses Totais.



Sendo: (A) Foto frontal de uma prótese total superior. (B) Foto frontal de uma prótese total inferior.
Fonte: Volpato (2013).

Como aparelho reabilitador, pode-se encontrar em suas características, vantagens relacionadas ao custo benefício, facilidade para higienização e devolução de função. Entretanto, é necessário ressaltar as desvantagens quanto ao desconforto produzido durante o período de adaptação e a dificuldade de retenção e estabilidade em alguns casos (Martins *et al.*, 2022).

2.1.4 Ação de Prótese Total em Paraisópolis-MG

No que se refere aos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, quando trazemos a Integralidade de Assistência à pauta, temos que ela pode ser entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade

do sistema” (Brasil, 1990), ou seja, ela assegura o direito de todos os indivíduos ao acesso à saúde.

A ação exclusiva de prótese total na qual tive a oportunidade de participar como voluntária, foi a primeira promovida pela Por1Sorriso (Figura 6). Sua realização se deu no período de 22 a 27 de agosto de 2023, contabilizando um tempo inferior a uma semana (cinco dias) e proporcionou a entrega de 201 próteses totais para 115 pacientes.

Figura 6 – Boletim de atendimento referente a ação de prótese.



Fonte: Arquivo disponibilizado pela Por1Sorriso (2024).

É válido ressaltar que as atividades foram executadas na cidade de Paraisópolis, todavia, os atendimentos também abrangeram pacientes de Brazópolis, localizada a uma distância de aproximadamente 27 quilômetros do local onde as consultas eram realizadas. Nesse contexto, todos os trâmites necessários para o deslocamento dos indivíduos até a sede, foram resolvidos pela própria prefeitura dos dois municípios.

A princípio, antes do início das atividades da ONG, é realizada a apuração das pessoas que demonstram interesse pelos tratamentos odontológicos. Como a ação em questão não oferecia consultas multidisciplinares, mas sim protéticas, focando nos tratamentos reabilitadores totais, foi feita uma anamnese antecipada, através dos dentistas locais, com a intenção de classificar quais pacientes se enquadravam para serem atendidos.

Após esse levantamento, as prefeituras de Paraisópolis e Brasópolis puderam então, confeccionar uma listagem precisa e por ordem de procura de cada pessoa, conseguindo demarcar aqueles que seriam atendidos. Ademais, o órgão público fica

responsável também por avisar previamente a cada cidadão os dias e condições de realização dos atendimentos.

Se tratando do início do projeto, foi recomendado pela organização que cada voluntário estivesse no local de execução das consultas no dia 21 de agosto, segunda-feira, pois seria necessária uma reunião prévia, a fim de informar as orientações necessárias para o bom funcionamento da ação, bem como para a disponibilização dos kits voluntários (Figura 7) que continham as roupas que seriam usadas durante o projeto e alguns brindes. Além disso, nesse dia, é feita a acomodação dos participantes no hotel, também disponibilizado pelo município.

Figura 7 – Kit completo que cada voluntário recebe.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Em seguida, no primeiro dia de atendimentos, os cirurgiões dentistas (CD) ficam responsáveis por começar a moldagem dos pacientes. Quando procuramos a sequência de produção protética mais preconizada em livros, obtemos que primeiramente deve ser realizada uma moldagem anatômica ou de estudo, que visa confeccionar um modelo que possa reproduzir a forma e a extensão da área basal, não necessitando obter detalhes de textura da mucosa. É essencial definirmos também, qual região chapeável ou basal será a área que suportará a base da prótese (Volpato *et al.*, 2013). Posteriormente, se tem a confecção das moldeiras individuais, que tem por objetivo corrigir, durante a moldagem funcional, alguma imperfeição ou distorção que possa ter ocorrido na fase da moldagem anatômica (Costa; Rebollal; Braz, 2012).

Dessa forma, com relação a obtenção dos modelos das arcadas edêntulas, conclui-se que ela pode ser feita pela técnica convencional, ou seja, com a moldagem dupla, tendo o modelo de estudo e o anatômico, citado anteriormente. Entretanto,

quando se tem a necessidade de minimizar o tempo de atividade clínica, temos também a opção da técnica simplificada, que conta com a realização de apenas uma moldagem, com a intenção de tornar o tratamento mais acessível e eficiente (Lira-Oetiker *et al.*, 2018 citados por Miranda *et al.*, 2021). Sendo assim, levando-se em conta que teríamos não só um escasso período de tempo, como também uma grande demanda de produção, o método escolhido foi o simplificado.

Ademais, como material de escolha para a execução desse procedimento foi utilizado o Alginato (hidrocoloide irreversível), produto indicado para realização de moldagens parciais e totais, em bocas edêntulas ou dentadas. É mister ressaltarmos tanto o seu bom custo benefício, quanto sua natureza elástica, que auxilia na moldagem de áreas retentivas e hidrofílicas, ou seja, que possui afinidade pela água, característica essencial em moldagens bucais, visto que esse ambiente tem grande presença salivar (Catirse *et al.*, 2020).

Posterior à finalização dessa etapa, a moldeira com a cópia da arcada de cada indivíduo é separada em caixas individuais, que são identificadas através de uma ficha específica fornecida pela Por1Sorriso (Figura 8), que solicita o fornecimento de alguns dados pessoais, como nome completo, número de telefone e a necessidade protética de cada paciente. É necessário que todas as perguntas sejam corretamente preenchidas, pois o sucesso e a entrega de cada resultado ao final da ação, depende das informações nela contidas.

Figura 8 – Ficha de identificação de pacientes de prótese da Por1Sorriso.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Agora, a moldagem passa pelo processo de vazamento, utilizando o gesso Tipo III, também conhecido como gesso Tipo Pedra. No intuito de seguir de forma eficaz a indicação dos fabricantes, cada medida de pó e líquido era previamente dosada e separada (Figura 9), desse modo, todas as propriedades do material poderiam ser

preservadas. Os modelos produzidos posteriormente servirão de cópias da anatomia bucal para a confecção da PT.

Figura 9 – Copos descartáveis separando as dosagens corretas de gesso e água para vazarem os moldes.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Logo depois, com a reação de presa completa da cópia em gesso, ela precisa receber uma camada de isolante, com o intuito de formar sobre si uma espécie de 'película'. Terminada a aplicação, são realizados alívios em cera nas áreas retentivas da estrutura (Figura 10). A intenção desses preenchimentos é permitir tanto a inserção quanto a retirada da base de prova sem danificá-la (Volpato *et al.*, 2013).

Figura 10 – Fase de realização dos alívios em cera.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Costa, Rebollal e Braz (2012, p. 94) afirmam que “as chapas de prova devem ser rígidas, estáveis, retentivas e bem adaptadas ao rebordo residual”. Para proporcionar tais propriedades a ela, sua confecção é feita com resina acrílica,

material que possui vantagens como a biocompatibilidade com os tecidos bucais, estabilidade dimensional e simplicidade em sua técnica (Camacho *et al.*, 2014, p. 2).

As resinas acrílicas são classificadas em: Tipo 1 (polímeros termo polimerizáveis), Tipo 2 (polímeros autopolimerizáveis), Tipo 3 (polímeros termoplásticos), Tipo 4 (materiais fotoativados) e Tipo 5 (materiais polimerizados através de microondas) (*International Organization for Standardization* (ISO)).

No cenário acompanhado, a opção de escolha foi a resina Tipo 4, que se apresentava em forma de placas (Figura 11) que podiam ser manipuladas e moldadas a anatomia bucal.

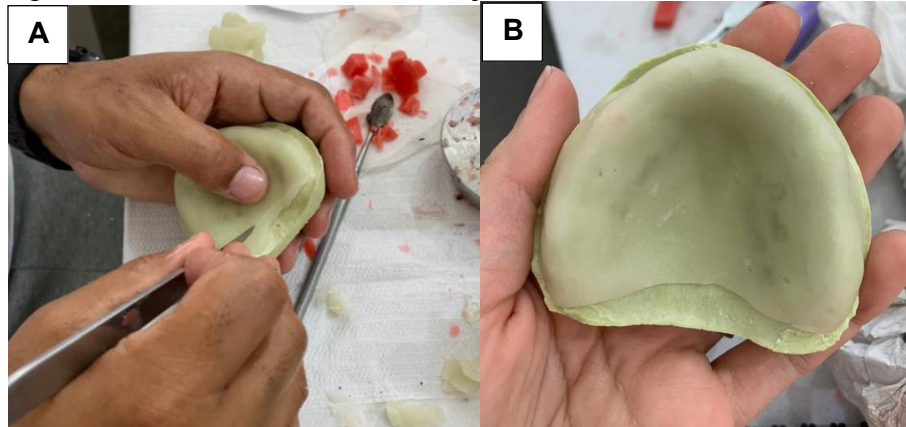
Figura 11 – Resina fotopolimerizável marca Megatray.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

É importante mencionarmos que toda essa estrutura rígida confeccionada deve ser adaptada aos freios e bridas do paciente e limitar sua área chapeável. Sendo assim, para conseguirmos delimitar sua totalidade, podemos primeiramente demarcar o fundo de sulco ou vestibulo, e então, temos que a área basal se encontra em uma medida aproximada de 1,5 milímetros aquém dessa marcação (Genari Filho *et al.*, 2018). A figura 12 A e B representa o processo de delimitação da resina no modelo.

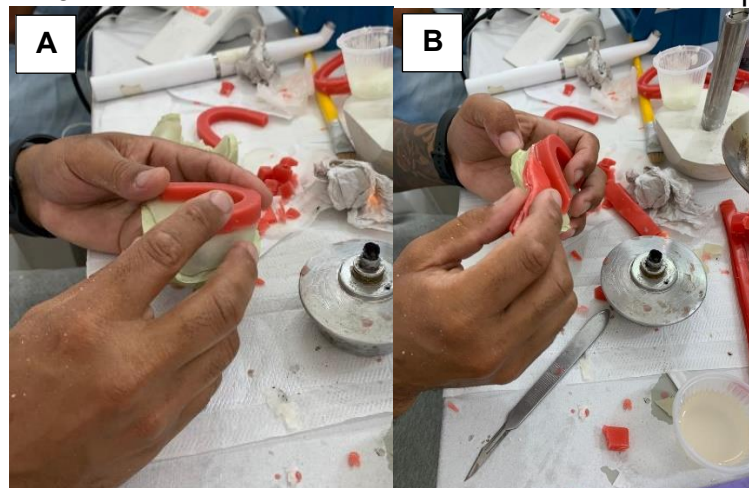
Figura 12 – Processo de delimitação da área basal dos modelos.



Sendo: (A) Recorte da resina acrílica para correta delimitação da área basal. (B) Modelo superior corretamente delimitado e pronto para polimerização da resina. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Quando finalizado o preparo da base de prova, ela se encontra apta para se tornar o suporte dos roletes de cera, que são produzidos com o uso de cera 7 ou 9 (Figura 13A e B). Essa fase recebe uma grande importância funcional para o restante do tratamento reabilitador, visto que, toda demarcação dos planos de orientação nessa estrutura, servirá de guia para as próximas fases do planejamento. Por isso, para que sua confecção seja satisfatória, é necessário que os roletes tenham um bom posicionamento e orientação, tendo o modelo superior inclinação mais vestibularizada e o inferior perpendicular ao rebordo do indivíduo (Volpato *et al.*, 2013).

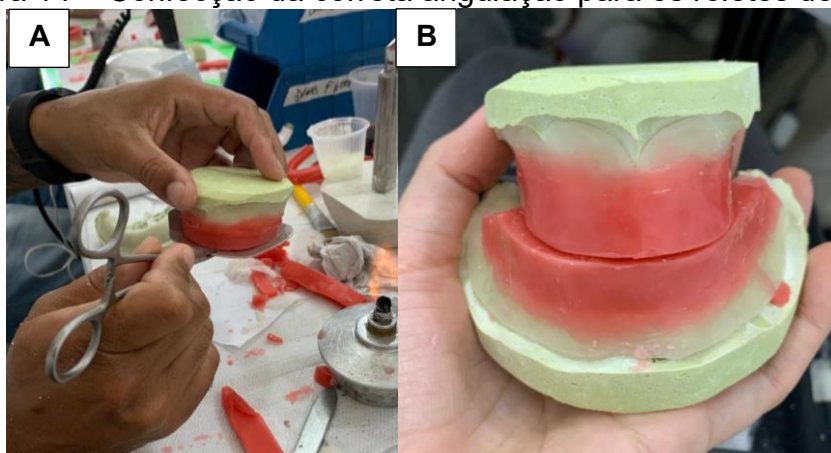
Figura 13 – Roletes de cera sendo inseridos na base de prova.



Sendo: (A) Adaptação do rolete cera sobre a estrutura da base de prova. (B) Fixação do rolete com o auxílio de cera previamente aquecida. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A fim de facilitar a obtenção dos padrões citados, os técnicos protéticos utilizam a Curva de Spee. Nessa técnica, a estrutura mencionada é previamente aquecida e posicionada sobre os roletes (Figura 14A), com isso, elas 'imprimem' em cera a angulação padronizada no dispositivo. Ao final temos a obtenção das corretas curvaturas das arcadas superior e inferior (Figura 14B).

Figura 14 – Confeção da correta angulação para os roletes de cera.



Sendo: (A) Técnica de aquecimento da Curva de Spee para possibilitar a correta angulação do rolete de cera. (B) Bases de prova e plano de cera prontos para serem provados em boca. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após a confecção laboratorial das bases de prova, elas passam pelo processo de prova em cada paciente. Durante essa fase, são estabelecidos pontos de referência para a criação de um novo padrão de sorriso, tais medidas são imprescindíveis para a correta construção das relações intermaxilares.

No que tange a promoção de harmonia no perfil de cada indivíduo, ela está relacionada diretamente à proporção da dimensão vertical, que se classifica como a associação da mandíbula com a maxila, levando em conta o plano vertical do paciente, dessa forma, a medida é criada por meio da ligação de um ponto imaginário na maxila e outra na mandíbula, a variar pela técnica de cada CD (Volpato *et al.*, 2013). Ademais, segundo Costa, Rebollal e Braz (2012) ela pode ser dividida entre dimensão vertical de oclusão (DVO) e dimensão vertical de repouso (DVR). Com relação a DVO, conseguimos obtê-la quando os dentes inferiores e superiores se encontram em máxima intercuspidação, ou seja, quando estão ocluídos. Todavia, a DVR é obtida quando os músculos responsáveis pelo movimento mandibular estão em estado de repouso, dessa forma, ela é uma posição muscular que independe da oclusão dentária.

Por meio da correlação entre as duas posições anteriormente citadas, podemos estabelecer o espaço funcional livre (EFL), que pode ser numerado através da Regra de Saboté, tendo $EFL = DVR - DVO$. Como média de resultado para a equação, tem-se o valor aproximado de 3,3 mm, podendo sofrer alterações.

Outrossim, quando um paciente possui tanto a ampliação quanto a diminuição da distância interoclusal, ele pode sofrer a perda de sua tonicidade muscular, promovendo casos de queilite angular, ou também problemas na articulação temporo-mandibular, além da falta de selamento passivo; não apenas, todas as duas problemáticas, comprometem a estética e a função na mastigação e deglutição. (Costa; Rebolal; Braz, 2012).

Ademais, é necessário a determinação do plano oclusal maxilar relacionado com os padrões labiais do paciente. Para tal, são avaliados os quadros em que o paciente está em repouso, com o sorriso comedido e com o riso forçado (Volpato *et al.*, 2013). Durante essa etapa, como método de auxílio, deve ser utilizada a régua de Fox, que é um tipo de dispositivo empregado na prótese para conferir aos roletes de cera sua correta inclinação.

Por fim, todas as medições e delimitações mencionadas devem ser feitas com o paciente em relação cêntrica, medida que se define como a “posição mais posterior da mandíbula em relação à maxila no plano horizontal” (Telles, 2011, p.165), além disso, se caracteriza como uma posição estável que independe de dentes e reproduzível.

A seguir, com o correto estabelecimento dos padrões exemplificados, no rolete de cera são registradas as linhas de orientação para a montagem e escolha dos dentes artificiais. Primeiramente, devemos demarcar a linha média, classificada como uma reta imaginária que relaciona a glabella ao mento. Posteriormente, estabelecemos a linha da distal do canino, que tem como referência a área da comissura labial em repouso. Por último, delimita-se a linha alta do sorriso, responsável por reproduzir o colo pertencente a estrutura do incisivo central, essa medida é obtida por meio de um sorriso forçado do paciente (Costa; Rebolal; Braz, 2012).

Depois de finalizados todos os procedimentos para a obtenção das relações maxilares, as bases de provas são estabilizadas com grampos e encaminhadas para a montagem em articulador. A Figura 15 retrata os modelos já fixados em um

articulador semi-ajustável. Através dessa montagem, o dispositivo é capaz de proporcionar a reprodução das condições intermaxilares de cada paciente.

Figura 15 – Base de prova superior e inferior estabilizadas com grampos e fixadas a articulador semiajustável.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Como consequência dos ajustes e tomadas de orientação, as chapas de prova estão prontas para a próxima etapa laboratorial que é a montagem dos dentes artificiais.

Segundo Volpato *et al.* (2013), a estética final da prótese é um fator de grande relevância para o êxito do tratamento. Para isso, a coordenadora protética da ação, em consonância com os cirurgiões dentistas, durante os atendimentos, ficavam responsáveis pela seleção dos dentes de estoque, analisando não somente sua cor, como também seu tamanho e formato, a fim de proporcionar um sorriso natural e harmônico após a finalização da confecção.

Além disso, mais uma condição variável na produção de PTs é a coloração da gengiva, que será empregada na sua fabricação, entretanto, no trabalho voluntário em questão, o processo de caracterização gengival, ou seja, o ato de tentar imitar a gengiva natural (Volpato *et al.*, 2013), não foi utilizado, pois o tempo de trabalho era limitado quando comparado com a quantidade final de próteses que precisavam ser produzidas. Dessa forma, a cor da estrutura mencionada era única e padronizada para todos os casos.

Com relação a montagem dos dentes (Figura 16), por abranger uma grande gama de conhecimentos sobre o seu correto posicionamento e inclinação, ficava

restrita aos técnicos protéticos voluntários, que logo depois de finalizarem a colagem dos elementos, realizavam também o processo de ceroplastia, para conferir à área correspondente a gengiva alguns detalhes anatômicos encontrados na cavidade bucal.

Figura 16 – Processo de fixação dos dentes artificiais na base de prova.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Posteriormente, os modelos obtidos passam pela prova em boca. É mister ressaltar, que o principal propósito dessa fase é evidenciar se as características obtidas nos processos anteriores não apresentam nenhum defeito; para mais, ela promove a pré visualização do resultado final, possibilitando, caso necessário, o ajuste de detalhes na estrutura que possam não ter agradado o paciente, como por exemplo, o tamanho dos dentes (Ferruzzi *et al.*, 2022).

Sendo assim, todas as referências tomadas durante o processo de demarcação da base de prova, como a dimensão vertical e a relação cêntrica, são novamente checadas durante essa etapa. Caso alguma parte da estrutura esteja causando incômodo à mucosa bucal, essa deve ser desgastada, para promover maior conforto ao usuário, além de prevenir a formação de feridas ou hiperplasias em decorrência de traumas crônicos.

Nesse contexto, próteses corretamente adaptadas, preenchem a cavidade bucal e conseguem conferir uma boa fisionomia facial, tornando-se um fator determinante na conclusão do serviço, se está adequado ou não. Portanto, para a constatação desse equilíbrio, devemos analisar aspectos como a atenuação do sulco nasogeniano, a sustentação dos lábios e a harmonia entre dentes, gengiva e face (Volpato *et al.*, 2013).

Outrossim, como método de ajuda para checar a oclusão dentária protética, devemos explorar a fonética do paciente. Para isso, é solicitado à pessoa, que repita fonemas como o S ou o F, pois essa pronúncia influencia no trespasse vertical e horizontal realizado pela mandíbula durante a fala (Rubo, 2016), dessa forma, interferências nos sons, apontam falhas no ajustamento.

A Figura 17 ilustra o equilíbrio estético entre a face e os dentes de uma paciente atendida durante a ação, após finalizados todos os ajustes na infraestrutura das suas próteses superior e inferior.

Figura 17 – Registro de uma paciente atendida durante a ação após os ajustes das suas bases de prova superior e inferior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com o correto preparo clínico das bases de prova, elas agora são direcionadas a uma etapa laboratorial, conhecida como inclusão em mufla. Por se tratar de um trabalho minucioso, os técnicos protéticos também tomavam a direção dessa parte, contudo, todos os voluntários se empenhavam em auxiliá-los no que fosse possível.

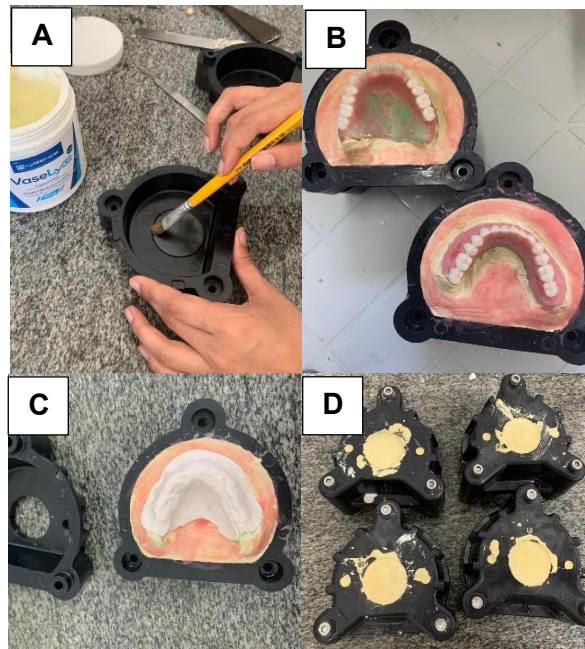
De acordo com Turano, Turano e Turano (2012), um cirurgião dentista deve saber a base dos processos realizados nos laboratórios, pois somente assim, ele estará apto a julgar criteriosamente o trabalho entregue. Por isso, todos os conhecimentos adquiridos, vivenciando a realidade de um técnico em prótese dentária, foram de grande valia para a minha formação como profissional, conhecimentos esses, que me auxiliaram não somente no meu período de graduação, como também no futuro como CD.

No que se refere à fase de inclusão e polimerização da estrutura, ela tem por objetivo substituir a chapa de prova e a cera por resina acrílica, sem provocar

nenhuma distorção ou mudança na posição dos dentes, com mínima alteração dimensional (Costa; Rebollal; Braz, 2012, p.167).

Com esse objetivo, os modelos são fixados nas muflas previamente isoladas com o auxílio de gesso, em seguida, a parte onde se encontram os dentes artificiais, é recoberta por uma camada de silicone de condensação. Como exemplificação, a Figura 18 demonstra brevemente as primeiras fases desse desenvolvimento.

Figura 18 – Ordem de procedimentos realizados durante a inclusão das bases de prova em mufla.



Sendo: (A) Mufla sendo recoberta por uma camada de isolante. (B) Bases de prova superior e inferior fixadas em mufla por meio de gesso. (C) Camada de silicone de condensação sobre os dentes artificiais. (D) Muflas totalmente preenchidas por gesso e fechadas. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Subsequente, quando o gesso aplicado dentro das muflas teve a sua reação de presa, o conjunto total da estrutura é levado para um breve ‘banho’ em água fervente com o propósito de eliminação de todo o resquício de cera e também a remoção da base de prova em resina acrílica (Costa; Rebollal; Braz, 2012), visto que, nesse momento, a camada de silicone adicionada também já tomou presa, promovendo a cópia da exata posição dos dentes.

Logo depois, os elementos dentários artificiais são removidos do conjunto ocluído, para que sejam feitas em sua estrutura, retenções que proporcionarão uma boa união química entre sua superfície e a camada de resina acrílica que será

adicionada. Essas retenções são feitas a partir de uma pequena cavidade aberta com o uso de brocas em todas as coroas, como mostra a figura 19.

Figura 19 – Processo de formação de retenções com broca na estrutura dos dentes artificiais.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Após isso, damos início a adição da resina que irá compor o corpo da prótese, para tal, todo o gesso presente dentro das muflas precisa estar isolado, a fim de evitar que o material químico venha a aderir na estrutura. Como opção de escolha, foi utilizado o acrílico termo polimerizante, que para sofrer o seu ciclo de polimerização, precisa da ação direta do calor (Catirse *et al.*, 2020).

Como exemplo de fonte de aquecimento, temos o uso de recipientes em água fervente, todavia, levando em consideração a praticidade para uma produção em maior escala, a coordenadora protética preconizava o uso de micro-ondas para realizar esse processo. Sendo assim, o aparelho era programado em ciclos específicos (Figura 20) levando em consideração a sua potência e a quantidade de muflas dentro dele.

Figura 20 – Especificações dos ciclos feitos pelos micro-ondas.

Wattagem	1 mufla	2 muflas
600 watts	1 mufla: 15min - 20% 10min - 0% 10min - 30%	2 muflas: + 10min - 40%
900 ou 1100 watts	1 mufla: 10min - 30% 10min - 0% 10min - 40%	2 muflas: + 10min - 50%
1300 watts	1 mufla: 15min - 20% 10min - 0% 10min - 30%	2 muflas: + 10min - 40%
1600 watts	1 mufla: 20min - 10% 15min - 20%	2 muflas: + 10min - 30%

Equipamento:
Potência 900 / 1100 Watts

- Fracionamento de potências
- Fracionamento de tempo
- Permitir 3 programações

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Ademais, a título de exemplificação, a Figura 21 ilustra a sequência de procedimentos realizados antes que a mufla esteja preparada para ser exposta ao calor.

Figura 21 – Sequência de processos realizados antes que a mufla seja exposta ao calor.



Sendo: (A) Manipulação da resina acrílica. (B) Inserção da resina acrílica no interior da mufla. (C) Prensagem das muflas afim de proporcionar que a resina adentro em todos os espaços da estrutura.
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Com o fim do ciclo de polimerização do material resinoso, a produção da prótese total está quase finalizada. Ao saírem dos ciclos de calor, as peças que são demuflada, ou seja, retiradas de dentro das muflas, precisam passar pelo refinamento e também polimento.

Para a remoção dos excessos de resina, nós utilizávamos brocas como a Maxicut e a Minicut. Já para que o acabamento da estrutura ficasse mais liso e regular,

tiras de lixa eram acopladas em mandril, podendo funcionar no micromotor, otimizando tempo, visto que o processo manual exigiria um maior intervalo na produção.

Por último, encerrando as etapas laboratoriais, a estrutura é submetida ao polimento final no torno com discos de pelo (Figura 22). Para isso, com a PT umedecida, é espalhada sobre a sua superfície, em primeira instância, pasta de polimento ou Pedra Pomes, subseqüente, para dar o brilho final, utiliza-se o Branco de Espanha.

Figura 22 – Etapa de polimento final em torno.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

É mister ressaltar também, que durante todo o período de realização desse procedimento, a presença de água é indispensável, com o intuito de evitar que a resina seja aquecida e queime.

Finalizado o polimento, todas as próteses eram devidamente higienizadas com sabão neutro e escovas de dente.

A partir de agora, todos os voluntários se mobilizavam em proporcionar a entrega do trabalho final. Com o intuito de tornar o momento ainda mais especial, a ONG preparou caixinhas para entregarmos as estruturas protéticas e recados especiais para cada paciente, como ilustra a Figura 23A e B.

Figura 23 – Próteses finalizadas sendo preparadas para a entrega.



Sendo: (A) Caixas e recados preparados pela ONG e voluntários para os pacientes. (B) Prótese Total inferior pronta para entrega. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Ao receberem as próteses, além da grande emoção de ver seus novos sorrisos, os pacientes demonstravam grande alegria e satisfação a nós, afirmando que conseguiam sentir o cuidado e amor transmitido através de cada atendimento.

Segundo Costa, Rebollal e Braz (2012), a sessão de instalação das próteses, em boa parte dos casos, costuma ser desprezada pelos dentistas, todavia, ela se classifica como uma consulta de extrema importância e deve ser realizada de três a quatro vezes, até que o dispositivo esteja bem adaptado a cavidade bucal.

À vista disso, na ação em questão, cada pessoa era chamada para fazer a prova final de suas próteses. Durante esse período, os cirurgiões dentistas realizavam todos os ajustes necessários para que elas se acomodassem da melhor forma à mucosa, sem causar interferência. Entretanto, por não termos a possibilidade de um maior número de atendimentos para acompanhar os casos como recomendado, os contemplados eram orientados a procurar o Programa de Saúde da Família (PSF) local em casos de dor ou desconforto.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lara Conde Ferreira

Meu nome é Lara Conde Ferreira, tenho 22 anos e sou natural de Cruzília, uma cidade pequena do interior de Minas Gerais. Minha família paterna sempre esteve envolvida na atividade rural, cultivando valores de trabalho árduo, respeito pela terra e pela comunidade. Meu pai, um produtor rural dedicado, continua exercendo essa

nobre profissão até os dias de hoje. Por outro lado, minha família materna enfrentou desafios diferentes. Com apenas meu avô tendo concluído uma graduação, a busca por educação e oportunidades era constante. Com muito esforço meu avô conseguiu formar seus quatro filhos, transmitindo-lhes a importância do conhecimento e da perseverança.

Durante meu Ensino Médio, estava indecisa sobre qual caminho profissional seguir. Certo dia, acompanhei meu tio durante um tratamento odontológico em minha prima. Foi nesse momento que percebi o poder transformador da Odontologia e a importância do dentista no cuidado com a saúde e na qualidade de vida das pessoas. Essa experiência foi decisiva e definiu minha escolha pela Odontologia como minha futura profissão.

Inicialmente, nunca pensei em vir para Lavras. No entanto, quando tive a oportunidade de conhecer a cidade e a universidade, minha percepção mudou completamente. Encantei-me com o ambiente acadêmico, a qualidade do ensino e a acolhedora comunidade universitária. Foi então que tive a certeza de que Lavras era o lugar onde queria realizar meus estudos e viver esses anos tão importantes da minha vida.

Durante o final do terceiro ano do Ensino Médio, em 2019, recebi a aprovação para ingressar no curso de Odontologia no Unilavras. No entanto, logo no início das aulas, em 2020, a pandemia de COVID-19 foi declarada e todas as atividades foram paralisadas. Esse cenário trouxe consigo uma série de inseguranças e preocupações relacionadas à pandemia.

À medida que as coisas foram gradualmente voltando ao normal, retomamos às atividades práticas. Lembro-me da primeira vez que tive contato direto com um paciente. Foi um momento marcante, repleto de experiências e ensinamentos valiosos. Essa experiência proporcionou um crescimento significativo, tanto profissional quanto pessoal, e marcou o início de uma jornada empolgante e desafiadora na área da Odontologia.

Durante minha graduação, fui particularmente atraída pela Periodontia, e escolhi cursar a área de Periodontia na disciplina de Atividades Vocacionais e Específicas (AEV). Irei relatar um caso clínico em que foi realizada uma cirurgia de recobrimento radicular no primeiro pré-molar superior direito de um paciente.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

Nesse contexto, paciente de 34 anos, procurou a Clínica da disciplina de Atividades Vocacionais e Específicas – área de Periodontia, queixando-se de sensibilidade no dente 14. Durante o exame clínico, foi identificada uma recessão gengival (Figura 24). Diante disso, junto com o Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, foi decidido que a técnica cirúrgica de recobrimento radicular associado ao enxerto de tecido conjuntivo seria a abordagem mais adequada.

Figura 24 – Recessão gengival.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A recessão gengival é uma condição em que ocorre a retração do tecido gengival, resultando na exposição da superfície radicular do dente. Sendo assim, é de suma importância compreender os fatores etiológicos que contribuem para o desenvolvimento da recessão gengival. A etiologia dessa condição é multifatorial e pode estar relacionada a diversos fatores: fatores genéticos, traumas físicos, má higiene bucal, envelhecimento, dentre outros (Oliveira *et al.*, 2019 citados por Rolim; Marchiori, 2023).

Dentro desse cenário, a exposição das raízes dentárias pode ocasionar uma série de manifestações clínicas, como necessidades estéticas, hipersensibilidade dentinária e lesões cervicais não cariosas (Lindhe *et al.*, 2005 citados por Almeida; Rezende, 2018). Ademais, compreender os fatores predisponentes a recessão gengival é fundamental para adotar medidas preventivas e estratégias de tratamento adequadas, visando preservar a saúde periodontal e a qualidade de vida dos pacientes.

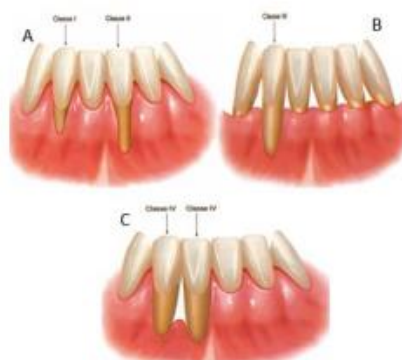
É importante enfatizar que, para a realização das cirurgias periodontais, é crucial que a gengiva esteja saudável. De acordo com a American Association of

Periodontology, a gengiva é considerada saudável quando a profundidade de sondagem é de até 3 mm e o sangramento à sondagem ocorre em menos de 10% dos sítios (AAP, 1999 citado por Santos *et al.*, 2018).

Em 1985, Miller propôs uma classificação (Figura 25) para avaliar a gravidade da recessão gengival. Este sistema divide a recessão gengival em quatro classes, considerando a quantidade de tecido gengival perdido e a exposição da raiz do dente. Essas classes são as seguintes:

- I. Recessão gengival, sem alcançar a linha muco-gengival e sem perda papilar;
- II. Recessão ultrapassa a linha muco gengival e não há perda papilar;
- III. Há perda papilar independente se ultrapassou a linha muco gengival;
- IV. Há perda papilar ao ponto de se igualar ao nível da recessão.

Figura 25 – Esquema mostrando a classificação de Miller.



Sendo: (A) Classe I e Classe II; (B) Classe III; (C) Classe IV. Fonte: (DUARTE; CASTRO, 2015 citados por ALMEIDA; REZENDE, 2018).

Nos defeitos encontrados nas Classes I e II, a previsibilidade é de um recobrimento radicular completo. Já na Classe III a previsibilidade é de um recobrimento radicular parcial. Os defeitos de recessão da Classe IV não têm indicação para o recobrimento radicular (Lacerda *et al.*, 2011 citados por Almeida; Rezende, 2018).

Dentre os tipos de procedimentos cirúrgicos periodontais, temos o recobrimento radicular, cujo objetivo principal é o recobrimento completo do defeito, com boa estética (Cairo *et al.*, 2012; Cairo *et al.*, 2014 citados por Monteiro, 2017).

O tratamento de recessões amplas, isoladas ou múltiplas, pode ser realizada através de técnicas de recobrimento radicular associada ou não ao enxerto conjuntivo subepitelial. Vários estudos indicam que o enxerto de tecido conjuntivo resulta em benefícios clínicos significativos, incluindo ganho de inserção clínica, aumento de

tecido queratinizado e recobrimento radicular em recessões gengivais de Classe I e II de acordo com a classificação de Miller. Essa técnica representa, portanto, uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento dessas condições (Venturim; Joly; Venturim, 2011).

A estabilidade cicatricial, fornecida pela fibrina do coágulo e por suturas adequadas, é crucial para o resultado da cirurgia (Rodrigues; Alves; Segundo, 2010). O sucesso da técnica de recobrimento radicular associada ao enxerto conjuntivo subepitelial, pode ser atribuído ao duplo suprimento sanguíneo do enxerto, que fica interposto entre a superfície radicular e o retalho (Langer; Langer, 1985 citados por Almeida; Rezende, 2018).

Inicialmente, conduzimos um exame periodontal simplificado (Figura 26) para avaliar a saúde bucal da paciente. Este exame consiste na medição da profundidade de sondagem periodontal, através da inserção da sonda periodontal de forma delicada, paralela ao eixo vertical do dente e em torno de cada superfície do mesmo, para detectar penetrações mais profundas. O resultado do exame ratificou que a paciente não apresentava nenhuma patologia periodontal, sendo assim, após isso, procedemos com a instrumentação supragengival, pois, segundo Yared *et al.* (2006) citados por Almeida (2023), é de extrema relevância entender que a terapia periodontal é indispensável antes de qualquer cirurgia plástica periodontal, integrando a remoção de fatores etiológicos como o biofilme bacteriano e o cálculo, visando diminuir focos de infecções durante a cirurgia. Com esse quadro, a paciente foi considerada apta para a realização da cirurgia de recobrimento radicular associada ao enxerto conjuntivo subepitelial.

Figura 26 – Exame simplificado.

Exame periodontal simplificado										
Nome: <u>Sara Oliveira</u> Prontuário Nº _____										
Data Nascimento: <u>21/02/1999</u> Sexo: <u>F</u>										
Aluno: <u>Vanessa Siqueira</u>										
Inicial: <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliação: <input type="checkbox"/> Terapia Periodontal de suporte: <input type="checkbox"/>										
<p>PSR / IPC</p> <p>DATA: <u>21/02/2024</u></p> <table border="1"> <tr> <th>Q1</th> <th>Q2</th> <th>Q3</th> <th>Q4</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>	Q1	Q2	Q3	Q4	0	0	0	0	<p>CRITÉRIOS CLÍNICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SONDAGEM 2. SANGRAMENTO A SONDAAGEM 3. CÁLCULO SUPRA E SUB-GENGIVAL 4. BOLSA ≤ 4 mm 5. BOLSA > 4 mm <p>NECESSIDADE DE TRATAMENTO</p> <p>1. HIGIENE GERAL (BO) (Brancheamento)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HIGIENE GERAL (BO) (Brancheamento) 2. HIGIENE LOCAL (BOLSA) (Remoção de biofilme bacteriano (incluindo placa sub-gengival)) 3. HIGIENE LOCAL (BOLSA) (Remoção de cálculo supra e sub-gengival. Remoção de placa mineral. BO) 	<p>3. BOLSA ≤ 4 mm</p> <p>Adequação do meio bucal. BO.</p> <p>Exame periodontal completo. BO completo.</p> <p>Reapagamento sub-gengival. Reavaliação.</p> <p>4. BOLSA > 4 mm</p> <p>Adequação do meio bucal. BO.</p> <p>Exame periodontal completo. BO completo.</p> <p>Reapagamento sub-gengival. Reavaliação.</p> <p>7. OVALAMENTO DE FURCA.</p> <p>7. MOBILIDADE.</p> <p>* NECESSARIO GERAL - 15-30min.</p>
Q1	Q2	Q3	Q4							
0	0	0	0							
<p>EXAMENHO PERIÓDICO</p> <p>EXAMENHO PERIÓDICO</p> <p>EXAMENHO PERIÓDICO</p> <p>EXAMENHO PERIÓDICO</p> <p>EXAMENHO PERIÓDICO</p> <p>EXAMENHO PERIÓDICO</p>	<p>LOCALIZADA</p> <p>GENERALIZADA</p> <p>SEM</p> <p>NÃO</p>									
Observações:										
Assinatura do professor: _____										

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Levando em conta tais classificações, concluímos que a recessão da paciente se enquadra na classe I de Miller, ou seja, sem alcançar a linha muco-gengival e sem perda papilar. Dessa forma, o método cirúrgico adotado foi a tunelização com retalho total (Figura 27), preservando ao máximo o tecido gengival saudável enquanto se ganha acesso à raiz do dente. A tunelização consiste na elevação do retalho sem desinserção da papila e sem incisões relaxantes verticais, criando um túnel sob a área da recessão gengival (Assanezi; Passanezi Sant'ana, 2018).

Figura 27 – Técnica da tunelização.



Fonte: Mesquita (2015).

No que se refere as abordagens anestésicas, no caso em questão, o anestésico de escolha foi a Articaina 4% com Adrenalina de 1:100.000 e realizou-se a técnica infiltrativa no fundo de saco de vestibulo na região do dente 14. Além disso, na região onde efetuou-se a retirada do enxerto conjuntivo, foi executada a anestesia do nervo palatino maior, que tem sua ramificação na parte posterior do palato duro, visando garantir a ausência de dor durante o procedimento.

Posteriormente, foi efetuada uma instrumentação subgengival para remover depósitos de cálculos. É mister ressaltar que a superfície da raiz, em sua região de cimento-esmalte, foi alisada com o auxílio de uma broca multilaminada de polimento, com o intuito de realizar o preparo do local para receber o recobrimento.

Outrossim, por meio de uma lâmina de bisturi 15c, foi feita a técnica do bisel interno na região da raiz exposta com a finalidade de remover o epitélio do sulco. Esse método implica em, delicadamente, realizar um corte na gengiva para facilitar o reposicionamento sobre a raiz exposta, possibilitando assim, a preservação da

quantidade adequada de gengiva queratinizada (Venturim *et al.*, 2011). O objetivo é criar uma superfície mais suave, o que facilita o posicionamento e a sutura durante o fechamento da incisão, ajudando assim, a reduzir traumas nos tecidos circundantes, promovendo uma cicatrização mais rápida e proporcionando uma melhor estética pós-operatória.

Em seguida, utilizando o descolador Buser, o epitélio, o tecido conjuntivo e o perióstio são cuidadosamente separados do osso, tendo como consequência sua total exposição. Consecutivo a isso, com muita cautela, para preservar as papilas, foi efetuada uma incisão com a lâmina de bisturi 15c, separando agora, o perióstio dos tecidos epitelial e conjuntivo.

Após o preparo da região que receberá o enxerto, inicia-se a fase de obtenção do mesmo. Ele é adquirido por meio de uma incisão retangular no palato duro, que é considerado o principal sítio doador. Ademais, a área de remoção do enxerto está compreendida entre a distal do canino superior e a mesial do primeiro molar superior, devido a maior espessura tecidual. A incisão deve respeitar uma margem de segurança de pelo menos 2 mm em relação à margem gengival, esse cuidado visa preservar estruturas anatômicas cruciais, como o nervo e a artéria palatina (Santos *et al.*, 2017 citados por Almeida; Rezende, 2018). Em seguida, suturas em formato de 'X' foram aplicadas em cada extremidade da incisão para assegurar a hemostasia adequada (Figura 28).

Figura 28 – Sutura em X na área doadora.



Fonte: arquivo pessoal da autora (2024).

O enxerto é verificado para garantir que ele cubra totalmente a região da recessão gengival (Figura 29A), proporcionando uma boa cobertura e proteção à raiz exposta. Após a sutura do enxerto (Figura 29B), é realizado a sutura colchoeiro vertical (Figura 29C), que promove o fechamento do retalho e seu deslocamento para coronal

de forma que fique ao nível ou além da junção cimento-esmalte, com o objetivo de cobrir o máximo do enxerto conjuntivo (Assanezi; Passanezi Sant'ana, 2018).

Figura 29 – Verificação do enxerto.



Sendo: (A) verificação do enxerto, (B) sutura do enxerto em posição e (C) sutura final. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Quando a técnica cirúrgica selecionada requer o uso de enxerto, é essencial administrar terapia antibiótica. O uso de anti-inflamatórios é recomendado para evitar uma reação inflamatória aguda e limitar/evitar o surgimento de edemas. O tratamento deve ser de curta duração e por via oral, 5 dias em média. Os analgésicos também podem ser prescritos visando diminuir a dor decorrente do trauma cirúrgico.

Para o pós-operatório, foi prescrito: Amoxicilina 500 mg com Clavulanato de Potássio 125 mg de 8 em 8 horas por 7 dias, Dexametasona de 4mg de 12 em 12 horas por 3 dias e Dipirona de 500 mg de 6 em 6 horas, em casos de dor, por 3 dias. Como não se pode utilizar escova dental e fio dental próximo à gengiva, de acordo com a recomendação de Valdes (2018) foi prescrito Digluconato de Clorexidina O,12% para realizar bochechos de 12 em 12 horas, a fim de controlar o biofilme.

Após 24h da intervenção cirúrgica os bochechos deverão ser realizados de forma suave, para evitar o deslocamento do coágulo, ou até mesmo dos tecidos. O antisséptico de primeira escolha é o Digluconato de clorexidina 0,12% que deverá ser utilizado após as refeições com duração média de 10 dias (Feng *et al.*, 2012 citados por Almeida; Rezende, 2018).

Para que haja uma cicatrização rápida é necessário que a ferida cirúrgica seja corretamente higienizada. A escovação deverá ser evitada no local nos primeiros 4 dias, podendo se estender até 2 semanas a depender do tipo de intervenção cirúrgica realizada. Gradativamente o paciente retomará a escovação habitual, no entanto, o uso de escovas super macias deverão ser prescritas (Borghetti; Monnet-Corti, 2011 citados por Almeida; Rezende; 2018). No caso da paciente em questão, a higiene local foi evitada por apenas quatro dias, devido ao tipo de procedimento realizado.

Após uma semana, a paciente retornou para a verificação da cirurgia (Figura 30) e foi observado uma boa cicatrização, mas ainda foi orientado permanecer com a sutura na região do recobrimento devido ao tracionamento da gengiva em seu lugar correto.

Figura 30 – Avaliação da cicatrização.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Três semanas após a cirurgia (21 dias), durante a retirada da sutura, foi observada uma contração do enxerto (Figura 31), devido à vascularização que ocorre aproximadamente um mês após a cirurgia. Após seis meses, ocorre um fenômeno chamado *creeping attachment* (fixação rasteira), no qual o tecido gengival migra para cobrir a superfície radicular exposta. Este fenômeno pode ocorrer após diversos procedimentos cirúrgicos mucogengivais, como enxertos gengivais e cirurgias de retalho. Sua ocorrência é imprevisível, mas fatores como a largura da recessão, posição do enxerto, reabsorção óssea e adesão do paciente às instruções de higiene oral, podem influenciar nesse processo (Wan, Zhong; Wang, 2020).

Figura 31 – Contração do enxerto.



Fonte: Arquivo pessoal da autora 2024.

O *creeping attachment* é crucial não apenas para a cobertura radicular, mas também para entender os mecanismos subjacentes à formação de novo tecido

gengival e fibras periodontais sobre a superfície radicular desnuda. Esse fenômeno não só melhora os resultados da cirurgia mucogengival, mesmo quando há cobertura total da raiz, mas também a condição periodontal e estética dos dentes tratados. O aumento do tecido ceratinizado é importante para resistir à invasão bacteriana e facilitar a higiene oral, acompanhado pelo deslocamento da margem gengival para cima (Wan; Zhong; Wang, 2020).

Segundo o mesmo autor, existem duas possibilidades que explicam o *creeping attachment*. As propriedades contráteis dos fibroblastos e o processo de 'supercura'. Os fibroblastos podem se mover devido aos seus microfilamentos intracelulares, semelhantes às fibras musculares lisas, explicando parcialmente o deslocamento coronário do aparato de fixação observado. Por outro lado, o processo de 'supercura' envolve a proliferação celular do novo tecido gengival formado em resposta ao trauma da cirurgia de enxerto, resultando no deslocamento da margem gengival pela cobertura progressiva da superfície desnuda (Wan, Zhong; Wang, 2020).

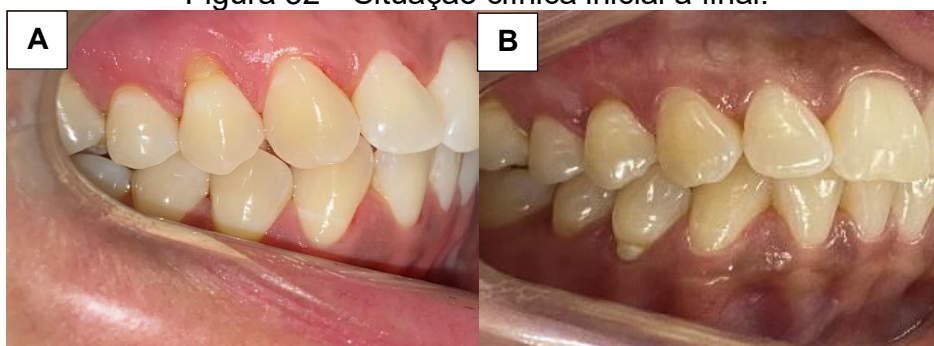
Embora as questões de quando e como o *creeping attachment* ocorre ainda não estejam completamente esclarecidas, parece que ele ocorre mais frequentemente em recessões estreitas (com largura inferior a 3 mm) de uma única raiz, dependendo principalmente da adesão do paciente às instruções de higiene oral. Este fenômeno é benéfico para promover a estética e a saúde gengival a longo prazo, embora não seja sempre previsível e confiável. Quando a recessão persiste após a cirurgia mucogengival e a estética, é uma preocupação, uma segunda cirurgia mucogengival, como um enxerto pediculado posicionado coronalmente, pode ser uma opção mais segura para obter cobertura total da raiz (Wan, Zhong; Wang, 2020).

O prognóstico da cirurgia de recobrimento radicular associado ao enxerto de tecido conjuntivo tem se mostrado bastante positivo, com estudos indicando taxas de sucesso de 80% a 90% na cobertura de recessões gengivais, especialmente quando aplicadas técnicas adequadas de recobrimento (Sanz et al., 2015). A revascularização e a adaptação do enxerto ao leito receptor são fundamentais para garantir resultados duradouros (Fontanari et al., 2009). Além disso, um estudo de longo prazo (10 anos) demonstrou que os resultados estéticos e funcionais dos enxertos de tecido conjuntivo se mantiveram estáveis, com baixa taxa de recidiva das recessões (Clementini et al., 2015).

Em resumo, a paciente apresentou uma recessão gengival classificada como Classe I de Miller, indicando a perspectiva de recobrimento total. O uso da técnica de

recobrimento radicular associado ao enxerto conjuntivo demonstrou ser eficaz nesse caso (Figura 32A e B), conforme evidenciado na discussão clínica. É essencial ressaltar a importância da colaboração do paciente durante a fase de cicatrização, seguindo rigorosamente as instruções de higiene e dieta. Cada caso é único e requer uma avaliação cuidadosa para determinar a abordagem terapêutica mais adequada. Ao integrar conhecimentos científicos à prática clínica, podemos continuar progredindo na área da Periodontia e proporcionar o melhor cuidado possível aos nossos pacientes.

Figura 32 – Situação clínica inicial à final.



Sendo: (A) situação clínica inicial e (B) 21 dias após a cirurgia. Fonte: arquivo pessoal da autora (2024).

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Lara Maria Silva

Eu poderia iniciar este relato descrevendo sobre a realidade de uma 'menina' que estudava em uma escola pública de uma cidadezinha do interior de Minas Gerais com menos de 4 mil habitantes; e que hoje está quase se formando em um dos cursos mais renomados da área da saúde. Mas não! Eu prefiro começar este enredo verídico contando e enfatizando como a persistência de uma pessoa muda completamente o destino dela. Eu sou a Lara Maria, isso mesmo, tenho orgulho do meu nome! Maria, a mãe de Jesus é uma mulher extraordinária para mim! Se hoje eu estou aqui escrevendo o meu Trabalho de Conclusão de Curso é porque ela nunca me abandonou, mesmo em meio às inúmeras dificuldades que eu encontrei para cursar Odontologia. Eu sou de Macuco de Minas, distrito de Itumirim, um lugar que enfrenta até hoje inúmeros empecilhos para prosperar e entregar à população melhores condições de habitação. Ademais, eu cresci em Macuco, eu vi o meu município crescer, mesmo que devagar; eu brinquei nas ruas sem pavimentação, eu vivi uma infância feliz e sem a interferência da tecnologia. Contudo, mesmo distante da

realidade das crianças dos grandes centros urbanos, que estudavam em escolas particulares, que tinham várias atividades a serem realizadas ao longo do dia, mais precisamente que eram instigadas ao desenvolvimento intelectual desde a primeira infância, eu era direcionada por meus pais para que eu pudesse progredir e desenvolver tanto quanto àquelas crianças. Em outras palavras, os meus pais sempre me aconselhavam sobre a importância dos estudos e sobre como era essencial que eu fosse uma mulher independente; e é a partir daqui que começa a minha história rumo ao universo acadêmico.

Outrossim, com 10 anos, todos aqueles conselhos enfatizados por meus pais começaram a fazer parte dos meus pensamentos, mas afinal, o que eu queria ser quando crescesse? Essa era uma das perguntas mais realizadas por meus familiares, mas eu ainda não tinha certeza de nada. Contudo, de uma coisa eu tinha convicção, eu queria ser uma mulher independente! Eu levava a rotina de estudos com bastante dedicação, mas eu queria sempre mais conhecimento.

Em junho de 2015, em um dia comum na escola, vi meu pai sair da diretoria e fiquei um tanto quanto assustada. Em seguida, ao chegar em casa e conversar com os meus pais para saber do ocorrido, eu tomei conhecimento de que estávamos indo embora, que depois de quase 15 anos morando na mesma cidadezinha eu estava indo embora para a cidade grande. Eu fiquei em choque! Entretanto, por mais que existisse dentro de mim uma vontade incessante de poder crescer intelectualmente, eu tinha construído uma história naquele distrito, sem contar que lá estavam todos os meus familiares e amigos. Assim, eu, meus pais, e meu irmão mais novo, fomos morar em Laranjeiras do Sul, uma cidade no sul do Brasil, próxima a Curitiba-PR. Meu pai sempre trabalhou nos grandes centros e nesse momento ele achou melhor irmos junto dele. Posso dizer que aquela mudança repentina de cidade foi uma das melhores coisas que me aconteceram! A região sul do Brasil é um território muito bem estruturado pelos governantes, as cidades são muito seguras, as casas não apresentam muros e muitas nem portões, as ruas são muito limpas e as escolas são exemplares. Em síntese, eu morei por um ano e 6 meses numa cidade que mudou ainda mais o meu intelecto e o meu compromisso estudantil.

Ademais, em 2017 eu retornei para Macuco de Minas, mas com uma perspectiva de futuro bem mais concreta. Finalmente, naquele ano eu havia chegado à conclusão de que eu queria cursar algum curso na área da saúde, isto pela

descoberta da minha própria personalidade, afinal, sempre me diziam que eu era uma pessoa muito calma. Ainda, durante aquele ano adquiri cursos online e realizei provas de vestibular. O ano era 2018, um dos anos mais difíceis da minha vida, era o meu 3º ano do Ensino Médio, eu ia e voltava para Lavras todos os dias, chegava de madrugada em casa e acordava muito cedo para ir para a escola. Eu investi em um curso pré-vestibular naquele ano para ingressar em uma faculdade. E pois é, por mais que eu tivesse entregado tudo de mim em 2018, esse não foi o meu ano. Eu pensei em desistir? Pensei. Pensei que não era para mim? Claro que eu pensei, e eu acho que qualquer pessoa pensaria em meio a uma decepção esplêndida. Eu tinha o desejo de cursar medicina, mas eu não obtive a pontuação necessária para tal.

O ano era 2019, e eu estava lá novamente no curso pré-vestibular, com muita fé e esperança de que a minha hora iria chegar. “No tempo certo, Eu, o Senhor, farei isso acontecer.” (Isaías 60.22). Essas palavras bíblicas dominaram o meu coração. Eu sabia que para alcançar a vitória, antes eu teria que enfrentar a ‘cruz’ e que seria no tempo Daquela que tem algo muito maior para mim. Assim, com esse viés na minha mente e no meu coração, eu encarei o ano de 2019 da forma mais leve possível, pois eu sabia que nem tudo estava sobre o meu controle. O curso de Odontologia foi uma escolha realizada por mim mediante critérios estabelecidos ao longo do ano de 2019. Logo, o primeiro critério avaliado foi que eu havia iniciado o curso pré-vestibular com a expectativa de passar em Medicina, mas que esse não era um sonho de infância, eu só estava querendo me desafiar intelectualmente, como eu fiz ao longo de toda a minha vida estudantil. Em segundo lugar, naquele mesmo ano eu pude notar que a Odontologia era uma profissão que estava constantemente em minhas pesquisas e eu não havia tomado nota disso. Portanto, o ano de 2019 foi para mim um ano de descobertas! Sendo assim, em 2020 fui aprovada em Odontologia no Unilavras!

Para mim, a aprovação no Centro Universitário de Lavras foi um presente de Deus, pois Ele me proporcionou a alegria de poder visitar os meus pais sempre que eu quisesse, pela proximidade de Lavras com o meu município. Contudo, por mais que tenha havido uma sensação de grande felicidade dentro de mim, eu tinha uma certa insegurança e medo de não encontrar afinidade com o curso escolhido. Então eu fiz uma oração diante Daquela que sempre esteve comigo, a mãe de Jesus, e eu encarei o curso com muita fé e determinação.

O ano era 2020, o meu coração transbordava de alegria mediante a minha aprovação! Contudo, em março, uma notícia decepcionante, o mundo estava sendo

tomado pelo Covid-19! Pois é, a minha experiência com o universo acadêmico seria adiada novamente! Todavia, eu não me decepcionei, pois eu sabia que tudo estava no controle Daquele que sabe de todas as coisas.

Desse modo, iniciei o curso de Odontologia com muita alegria, mesmo que virtualmente. Em contrapartida, o ciclo básico me deixava ainda com algumas incertezas. Será que a odontologia era mesmo para mim? Foi então no 5º período acadêmico, com o início das clínicas e do atendimento de pacientes, que eu me encontrei, me encantei e descobri que o meu caminho era a Odontologia desde o princípio. O ciclo clínico apesar de ter sido um divisor de águas para mim, foi também uma fase de grandes desafios e aprendizados.

O relato de caso clínico escrito em especial para o meu Trabalho de Conclusão de Curso foi planejado por mim desde 2023, ano no qual iniciei a sua escrita.

Eu, em busca de um caso clínico que fosse inovador e que tivesse um potencial de publicação, procurei o Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, no 7º período de Odontologia, e o mesmo me encaminhou o caso de uma paciente do sexo feminino, com 52 anos de idade, para que eu pudesse acompanhar e descrever sobre a evolução do tratamento preconizado para a mesma. Logo, o tratamento eleito foi o de intrusão ortodôntica para a recuperação do nível de inserção óssea do dente 21, um dente que estava acometido por uma periodontite localizada. A paciente apresentava uma oclusão patológica com contato prematuro no dente 21 e, dessa forma, por trauma de oclusão, houve a progressão da doença periodontal de forma localizada.

A paciente chegou na clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras (Unilavras) em 2019, com a queixa de mobilidade no dente 21 e com uma necessidade de manutenção do dente em boca, pela consciência de que um dente jamais poderá ser substituído por um implante. Após a realização de uma anamnese detalhada, exame clínico e exames complementares, observou-se que deveria ser realizado um tratamento odontológico integrado. No exame periodontal completo constatou-se a existência de uma Periodontite estágio III grau B localizada no dente 21, pois somente este dente estava acometido por profundidades de sondagem maiores que 3 mm e mobilidade grau 2. No contexto bucal geral, a paciente em questão apresentava gengivite induzida pelo biofilme. A figura 33 mostra o aspecto clínico bucal da paciente na consulta inicial.

Figura 33 – Fotografia inicial da paciente



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2019).

O aspecto intrabucal do acometimento periodontal do dente 21 é ainda mais impactante, o que em um primeiro olhar clínico acarreta no intelecto do profissional uma limitação de soluções terapêuticas. A figura 34 evidencia as características clínicas do elemento dental e dos tecidos moles.

Figura 34 – Vista intra oral inicial da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2019).

Radiograficamente, o dente 21 estava acometido por uma reabsorção óssea vertical que se estendia para mais da metade do terço médio radicular (Figura 35).

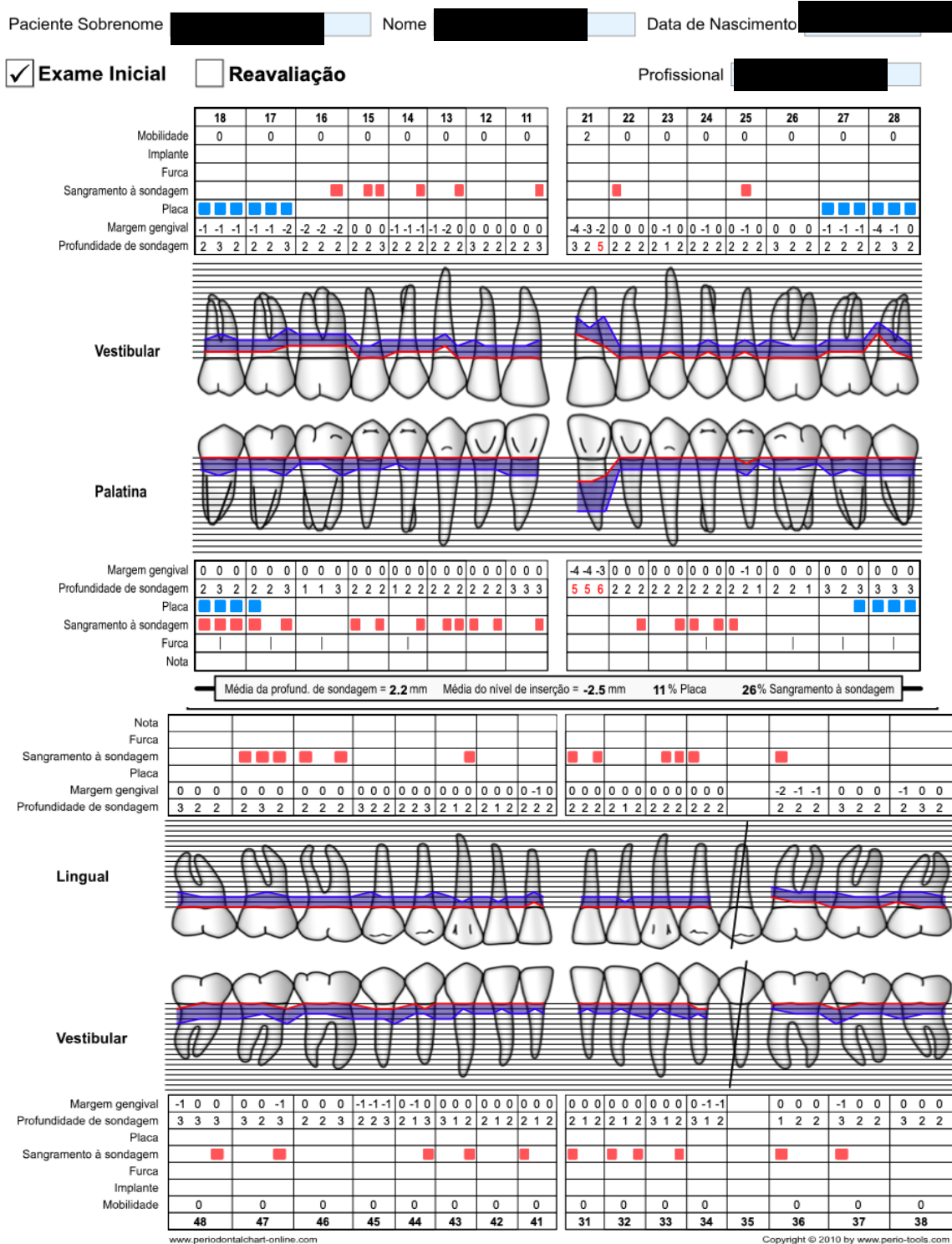
Figura 35 – Radiografia periapical do dente 21.



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do Unilavras (2019).

A figura 36 mostra o periograma da paciente, após a realização do exame periodontal completo inicial, evidenciando a presença de bolsas periodontais localizadas no dente 21 e um quadro de gengivite generalizado.

Figura 36 – Periograma da paciente evidenciando a presença de bolsas periodontais localizadas no dente 21 e um quadro de gengivite generalizada.



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica de Odontologia do Unilavras (2019).

Advindos de estudos e relevância nos tratamentos periodontais, foi denominado Periograma a ficha clínica constante no prontuário odontológico com a finalidade de diagnosticar juntamente com o exame clínico e complementar de imagem as radiografias odontológicas, a fim de verificar e medir a partir da sondagem com a sonda periodontal as bolsas gengivais e o nível de inserção que é a altura óssea do elemento dental, sendo esse conceito resultado da classificação do diagnóstico periodontal, realizado no Consenso de 2017: Workshop Mundial sobre a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares, baseado na Classificação das Doenças Periodontais (Papapanou et al., 2018 citados por Pereira *et al.*, 2022, p. 2).

O periograma tem como finalidade identificar as alterações do periodonto dental. Como o acúmulo de biofilme, que ocorre na margem gengival livre ou nas suas proximidades no terço coronal dental, é considerado o principal fator etiológico das condições e classificações das doenças periodontais, promovendo aumento patológico considerável da profundidade do sulco gengival e, conseqüentemente, a formação de bolsa periodontal e perda de inserção, medidas essas anotadas no periograma (Santos *et al.*, 2018).

A periodontite é classificada de acordo com o seu estágio e o seu grau. A classificação de estágios está relacionada com a severidade da doença. O grau reflete as evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica. A periodontite estágio III é caracterizada pela presença de profundidades de sondagem de 6 mm ou mais, com perda dental devido à periodontite de até 4 dentes. Ademais, pode existir perda óssea vertical de até 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado. Além disso, há uma perda de inserção interproximal de 5 mm ou mais no pior sítio; ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz. Por conseguinte, o grau 'B' é caracterizado pela evidência direta de progressão da doença inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm, a destruição periodontal é compatível com o depósito de biofilme, e geralmente os pacientes são fumantes abaixo de 10 cigarros ao dia ou apresentam HbA1c < 7% quando possuem diabetes mellitus (Steffens, Marcantonio, 2018). A paciente deste caso clínico foi classificada com Periodontite estágio III, por apresentar uma bolsa periodontal de 6 mm no sítio distopalatino. O grau da doença foi identificado como 'B' pela perda de inserção óssea encontrada. Com relação a extensão da doença, a periodontite diagnosticada foi classificada como 'localizada' por estar restrita ao dente 21.

Dessa forma, o tratamento foi iniciado dando preferência à forma convencional de controle de biofilme, com a instrução de higiene oral para a conscientização da paciente, profilaxias sucessivas e, por último, a instrumentação subgengival no dente

21. É indiscutível a necessidade de uma saúde oral antes da realização de qualquer tratamento odontológico. A obtenção de um periodonto saudável é indispensável, pois um paciente consciente do processo de higienização consegue uma maior longevidade dos demais tratamentos odontológicos. Contudo, pacientes com grandes acometimentos periodontais apresentam uma grande dificuldade de compreensão da presença de uma doença, que é destrutiva aos tecidos de sustentação, o que faz com que o tratamento seja mais longo. Por conseguinte, essa problemática enfrentada no tratamento de milhares de pacientes não é um empecilho individual, pois a odontologia atual é ainda muita voltada a priorização de tratamentos curativos em detrimento de orientações de técnicas de escovação e higiene. Segundo Guimarães Rosa, em sua obra Grande Sertão Veredas “uma coisa é pôr ideias arranjadas, outra é lidar com um país de mil e tantas misérias...” Tal máxima representa a situação do Brasil atual, que ainda é um país que apresenta um alto índice de doenças bucais que afetam principalmente a população menos favorecida. Desse modo, não cabe a nós cirurgiões dentistas, colocar em primeiro plano tratamentos curativos e estéticos e considerar ações de promoção e prevenção como atuações desnecessárias. Assim, para iniciar a instrumentação subgengival do dente 21 da paciente deste caso clínico, foi necessário atingir um índice de biofilme abaixo de 30%, fator que só foi alcançado com mais de duas sessões de instruções de higiene bucal. Portanto, pode-se notar como uma instrução de higiene oral realizada por um profissional modifica o contexto de saúde bucal do paciente.

Quando a anamnese foi realizada na paciente mencionada, esta relatou que tinha o desejo de manter o dente em boca. Vale ressaltar que a exodontia nem sempre é o melhor tratamento para dentes com grandes reabsorções ósseas e mobilidade, tendo como exemplificação o caso da paciente em questão. Após a extração, naturalmente ocorre perda óssea, o que dificulta a instalação de implantes. Com isso, se no periodonto ocorreu a atividade de uma doença que veio a destruir o tecido ósseo, o processo de osseointegração é ainda mais complicado. Logo, os implantes com carga imediata seriam uma ótima solução para a manutenção do nível ósseo, da arquitetura gengival e para a preservação da estética, mas devido a quantidade de remanescente ósseo haveria uma dificuldade de alcançar a estabilidade primária, sendo necessário a realização de uma técnica de regeneração óssea guiada prévia à instalação do implante, fazendo a paciente se submeter a duas cirurgias. Dessa forma, um tratamento alternativo e conservador foi eleito com o intuito de recuperar o dente

21 da paciente. Vale salientar que antes do início do tratamento proposto, a doença periodontal foi controlada.

A intrusão ortodôntica tem sido bastante utilizada para a restauração da estética, da função mastigatória e da melhora do quadro periodontal. Estudos anteriores demonstraram o uso de forças ortodônticas em animais com periodonto comprometido, e relataram a ausência de reações prejudiciais aos tecidos periodontais (Ericsson *et al.*, 1977; Artun; Urbye, 1988 citados por Santos; Mollo, 2012). Posteriormente, foi publicado um relato de caso clínico mostrando a eficácia da intrusão ortodôntica em incisivos condenados por doença periodontal (Calheiros *et al.*, 2005). Atualmente, através de uma dissertação de mestrado, Marques (2021) demonstrou os benefícios da técnica de intrusão ortodôntica para dentes com perda de inserção patológica. Segundo o estudo citado, esta técnica está especialmente indicada em casos de pacientes com periodonto reduzido devido a bolsas infraósseas, migração dentária, extrusão e destruição do osso alveolar. Contudo, para a realização desse tipo de tratamento deve haver uma colaboração mútua entre o ortodontista com a técnica correta, e o paciente com a manutenção de um periodonto saudável.

O tratamento ortodôntico tem sido um tratamento complementar na periodontia, mas deve ser realizado com cautela. Uma das grandes preocupações durante a movimentação de dentes com periodonto reduzido é a utilização da força, o controle dela deve ser feito de forma correta para que não haja nenhuma perda óssea adicional. Dessa forma, a mudança de posição nos dentes precisa acontecer com muito menos trauma, isto é, com forças leves em intervalos espaçados. No tratamento ortodôntico de um adulto faz-se o uso de forças de 20 até 30g/cm² na movimentação, já no tratamento ortodôntico de pacientes com periodonto reduzido, 5 a 10 g, podendo aumentar a força com o ganho de inserção (Luna; Cardoso, 2022). Por fim, deve-se ressaltar a necessidade de um tratamento integrado entre o Ortodontista e o Periodontista.

Com o intuito de tentar atender o desejo da paciente, chegou-se a conclusão de manter o elemento 21 através da colagem de um aparelho ortodôntico, iniciando o alinhamento através de um fio de memória 016" NiTi que promoveria uma intrusão do elemento 21, bem como o melhor posicionamento dos dentes adjacentes. Vale lembrar que os acessórios ortodônticos não devem ter excesso de resina e não devem estar posicionados muito próximos da gengiva, pois os mesmos podem dificultar a

higienização e manutenção de um periodonto sadio (Notini, 2018). A figura 37 mostra o aspecto intraoral após a instalação do aparelho ortodôntico.

Figura 37 – Vista intraoral após a instalação do aparelho ortodôntico.



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2021).

Manteve-se o aparelho ortodôntico com ativações mensais e a evolução dos fios de memória para os fios de aço (CrNi) com dobras para o posicionamento ideal do elemento 21. A figura 38 destaca como a técnica preconizada alterou esteticamente o aspecto clínico do dente 21.

Figura 38 – Vista intraoral após a finalização da técnica de intrusão ortodôntica



Fonte: Arquivo pessoal do Pr. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2022).

Radiograficamente, após a intrusão ortodôntica do dente 21, houve um ganho satisfatório de tecido ósseo, o que está representado pela figura 39.

Figura 39 – Radiografia periapical do dente 21 após a intrusão ortodôntica.



Fonte: Prontuário da paciente arquivado da clínica de Odontologia do Unilavras (2022).

Após o posicionamento correto do elemento 21, foi utilizado o elástico corrente total para o fechamento dos espaços remanescente. Posteriormente, foi mantido o arco de aço por 6 meses, com o intuito da estabilização do dente 21 na posição ideal. A técnica preconizada devolveu a estética, a função mastigatória, o ganho ósseo na região radicular do dente e eliminou o contato prematuro que existia. A figura 40 mostra a aparelhagem ortodôntica após a instalação do elástico corrente total.

Figura 40 – Vista intra oral após a colocação do elástico corrente total.



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2022).

Em certos casos clínicos há uma necessidade de divergências do tratamento convencional a fim de atender o desejo do paciente. Logo, uma exodontia com reposição protética, indicada de maneira equivocada, pode causar danos irreparáveis se não for realizada da forma correta, considerando uma condição óssea atípica. No caso da paciente que apresentava um acometimento periodontal no dente 21, já havia uma reabsorção óssea que se estendia ao terço apical radicular. Com isso, o risco de causar um dano maior ao tecido ósseo era alto, principalmente se fosse realizada uma exodontia convencional, que geralmente causa a fratura da tábua óssea vestibular, principalmente em uma tábua óssea vestibular muito fina, como da região anterior de maxila (Ribeiro, 2022). Portanto, a utilização de técnicas cirúrgicas atraumáticas seriam necessárias caso a paciente tivesse sido conduzida para uma reposição protética com implantes. O fórceps physics, o sistema benex, a piezocirurgia, ou ainda um simples rompimento das fibras do ligamento periodontal com uma lâmina de bisturi, são técnicas utilizadas nas exodontias atraumáticas contemporâneas (Silva *et al.*, 2020).

Outrossim, os implantes também dependem de certos fatores para um prognóstico favorável. A biocompatibilidade, a condição dos tecidos e a precisão são alguns dos fatores dependentes. Logo, no caso da paciente atendida no Unilavras, se ela fosse conduzida à instalação de um implante com carga imediata, que é a técnica ideal para a reabilitação implantossuportada de dentes anteriores (Pienegonda;

Rinaldi *et al.*, 2020) antes deveria a paciente ser conduzida a uma regeneração óssea guiada prévia no alvéolo do dente 21 que foi acometido por periodontite, modalidade de tratamento padrão ouro, porém, que causaria à paciente o transtorno de se submeter a um segundo tempo cirúrgico.

Ademais, é possível perceber que antes do início do tratamento ortodôntico a paciente apresentava uma margem gengival com migração apical, outro fator que torna a instalação de um implante uma técnica menos favorável para o caso. A manutenção de 1 mm de lâmina óssea vestibular é um quesito de precisão exigido na instalação dos implantes para que não ocorra retração gengival. Entretanto, quando tal técnica não é respeitada ou o paciente não apresenta tecido ósseo suficiente, a chance de ocorrer um desequilíbrio estético de retração dos tecidos moles e exposição do implante é grande. Sendo assim, se a reabilitação implantossuportada tivesse sido a técnica escolhida para o tratamento do dente 21, por mais que tivesse sido executada uma regeneração óssea guiada prévia a instalação do implante, deve-se considerar que haveria um risco, mesmo que mínimo, de um prognóstico desfavorável.

Em maio de 2023, foi removido o aparelho ortodôntico e instalada a contenção ortodôntica (Figuras 41 e 42). Em virtude da mobilidade mínima presente e do grau de intrusão do dente 21, o periodontista, em consonância com o ortodontista do Centro Universitário de Lavras (Unilavras) chegaram a tal conclusão. Todavia, ainda restava uma bolsa periodontal de 4 mm no sítio mesiopalatino do dente em questão, porém, houve a regressão da mesma pelas inúmeras instrumentações subgengivais realizadas no dente 21 após a finalização ortodôntica.

Figura 41 – Paciente em máxima intercuspidação atual após a finalização ortodôntica.



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr Luiz Fernando Ferreira de Oliveira (2023).

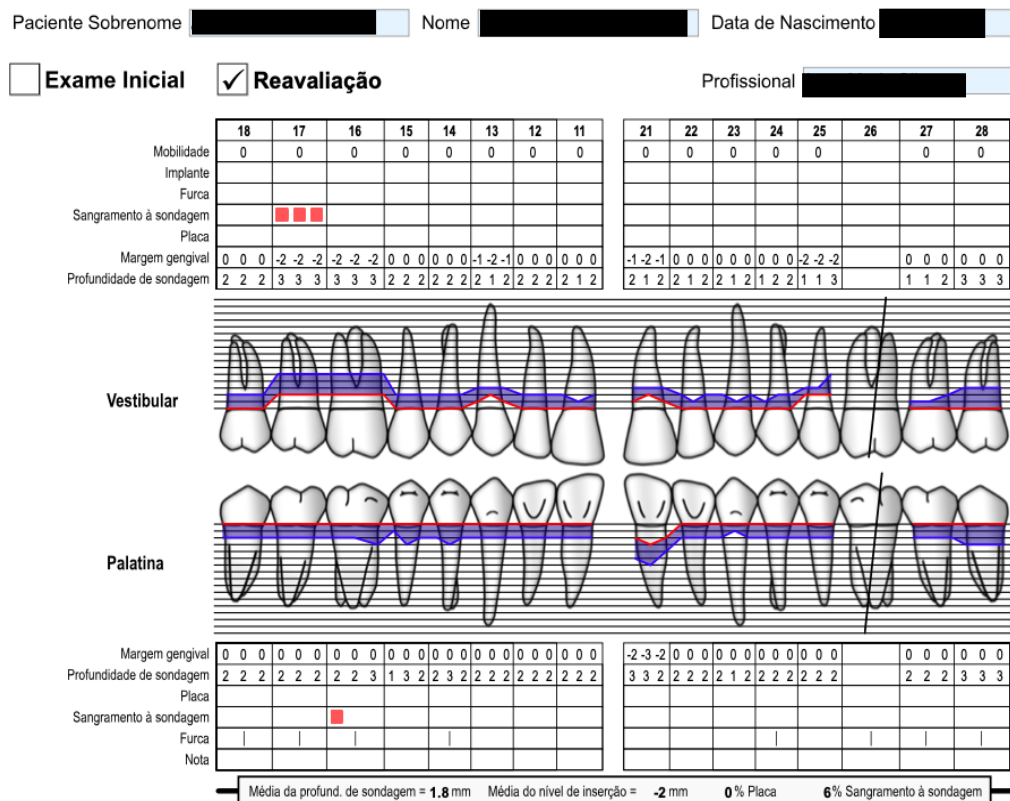
Figura 42 – Radiografia periapical do dente 21 após a finalização ortodôntica.



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica de Odontologia do Unilavras (2023).

O periograma final representa de forma mais concreta e exata o ganho de inserção óssea alcançada com a técnica preconizada (Figura 43).

Figura 43 – Periograma final constatando a inexistência de bolsas periodontais no dente 21, 8 meses após a finalização ortodôntica.



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica de Odontologia do Unilavras.

Por fim, é necessário ressaltar o prognóstico do tratamento realizado na paciente em questão. A reabsorção óssea por substituição é uma intercorrência clínica que pode ocorrer quando o dente sofre algum tipo de trauma ou é instruído novamente para dentro do osso através do aparelho ortodôntico, fazendo com que ele perca o

ligamento periodontal. A proteção que esse dente possuía é traumatizada e substituída por tecido ósseo, e forma, juntamente ao dente, uma porção única de tecido. De acordo Tomazinho *et al.* (2023), para o fenômeno de reabsorção radicular externa não existe tratamento. O tratamento endodôntico não terá resultados bons, nem um positivo prognóstico e não há evidências de sua influência ao longo do tempo ou do ritmo da substituição dentária por osso. A Reabsorção Externa de Substituição não possui conceitos terapêuticos que se tenha bons resultados. Portanto, mesmo que a paciente venha a perder o dente 21 em alguns anos por reabsorção de substituição ou reabsorção externa, a técnica de intrusão ortodôntica possibilitou uma manutenção da arquitetura gengival ao redor do elemento 21 e o ganho de inserção óssea, tornando o prognóstico do caso muito mais favorável para a instalação de um futuro implante, em detrimento da condição inicial dos tecidos moles e do tecido ósseo. Além disso, vale ressaltar a satisfação pessoal da paciente, que a partir de agora encontra-se não só com a estética do sorriso restabelecida, mas também com a função do elemento dental restaurada.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Fernanda Resende Valério

Meu nome é Maria Fernanda Resende Valério, tenho 21 anos e sou natural de Itumirim-MG. Desde a minha infância, sempre estive em íntimo contato com a Odontologia, visto que o início desse contato se deu com meu avô materno, que exerceu a profissão por longos anos, inspirando seus filhos e netos através de sua carreira próspera e de grande profissionalismo.

Desta forma, minha mãe e minha tia que também seguiram os passos de meu avô, ingressaram nessa profissão com grande entusiasmo. Assim, me motivaram a buscar meus sonhos e objetivos, e decidi então, que meu futuro seria no curso.

Em minha jornada acadêmica, tive a oportunidade de conhecer melhor o Centro Universitário de Lavras (Unilavras) quando realizei todo meu Ensino Médio no local. Assim, com grande contentamento, resolvi começar a faculdade de Odontologia na instituição, seguindo os passos de minha mãe e meu irmão.

A instituição sempre me amparou durante minha trajetória de forma significativa, e sou grata a todos os profissionais envolvidos, desde os professores que são inspirações que levo para a vida, até funcionários, que mantêm o

funcionamento da instituição. Minha experiência no Unilavras é de grande valia para meu repertório profissional.

Durante toda a minha vivência na faculdade, sempre tive maior afinidade com adultos e idosos nos atendimentos de rotina, porém, tive a felicidade de atender e conhecer melhor um paciente da Clínica Infantil, que chegou na urgência com uma fratura no incisivo central devido a um traumatismo. Desde o início do acompanhamento me encantei com sua doçura e acanho, e sei que sempre me lembrarei dessa experiência que me marcou na graduação.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

O caso clínico a ser apresentado foi vivenciado na Clínica Infantil III do curso de Odontologia do Centro Universitário de Lavras (Unilavras), onde foi realizado o atendimento de urgência de um paciente do gênero masculino, 8 anos de idade, acompanhado pela mãe, sua responsável. O mesmo foi encaminhado através do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Lavras, onde havia recebido o tratamento imediato.

A conduta inicial foi preencher a ficha de anamnese detalhadamente, onde foi relatado que o paciente havia sofrido um traumatismo durante um momento de lazer na piscina, que resultou em uma fratura do elemento 21, incisivo central superior esquerdo. Com base nela, foi constatado a ausência de alterações sistêmicas mais graves, ausência do uso de medicamentos diários e que a vacinação obrigatória estava em dia.

Segundo Lopes e Siqueira Júnior (2020), apesar dos traumatismos dentários acontecerem em qualquer fase da vida, a faixa etária mais suscetível a afetar os dentes permanentes vai dos 8 aos 12 anos. Isso ocorre principalmente devido a quedas envolvendo bicicletas, skates, playgrounds ou durante práticas esportivas.

Logo, foi dada continuidade a essa ficha mantendo um diálogo direto com o paciente e a responsável, para a reconstituição dos acontecimentos, procurando entender quando, onde e como ocorreu o traumatismo, a história médica, clínica e familiar, seus hábitos alimentares e de higiene, bem como suas experiências anteriores.

Segundo Piva *et al.* (2013), devido à complexidade do tratamento de urgência é necessário e indispensável a realização de uma boa anamnese para que se chegue

a um diagnóstico correto, institua um plano de tratamento adequado e, se necessário, encaminhe o paciente para demais tratamentos.

Bento, Favretto e Danelon (2021) ressaltam ainda, a importância da anamnese na compreensão de 'como', 'onde' e 'quando' ocorreu o trauma, para que o profissional fique ciente de todos os detalhes, seguido do exame extra e intraoral e do exame radiográfico.

Após a anamnese, foi realizado o exame físico extrabucal, onde os lábios, pele e nariz não apresentavam nenhuma alteração. Em seguida, foi feito o exame físico intrabucal analisando os tecidos moles da boca, procurando por lacerações ou contusões, no entanto, não foram encontradas alterações. Por fim, os dentes foram avaliados, onde foi observada uma fratura coronária de esmalte e dentina com exposição pulpar do elemento 21 (Figura 44).

Figura 44 – Aspecto clínico inicial mostrando a fratura coronária no elemento dental 21.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Diante disso, segundo Bitencourt (2015), as fraturas dentárias podem ser categorizadas em: I) fratura não complicada: trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina sem exposição da polpa; e II) fratura complicada: fratura de esmalte e dentina com exposição da polpa, fratura radicular e fratura coronoradicular.

De acordo com Bento, Favretto e Danelon (2021), os casos de fratura dental podem ocorrer de diversas maneiras, tais como: fratura somente de esmalte; fratura de esmalte e dentina, sem exposição pulpar; fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar; fratura coronoradicular (com envolvimento de esmalte, dentina e cimento); fratura radicular (com envolvimento de esmalte, dentina, cimento e polpa) e; fratura alveolar (com envolvimento dos ossos alveolares e adjacentes).

Através do exame de palpação e percussão, foi notado ausência de mobilidade e de dor, e ao realizar o teste de sensibilidade e teste térmico com a utilização do *Endo Ice*, não havia nenhuma alteração ou anormalidade, ou seja, os exames foram positivos para vitalidade pulpar.

Segundo Lopes e Siqueira Júnior (2020), a mudança de uma resposta negativa da polpa para uma resposta positiva em um próximo teste, pode ser indicativo de que a polpa está saudável e resultados consistentemente positivos também são indicativos de uma polpa saudável.

Ainda de acordo com Lopes e Siqueira Júnior (2020), em casos de traumatismos dentários que ocorreram em até 48 horas atrás, é possível esperar que a inflamação na polpa seja reversível. Isso permitirá salvar o dente sem a necessidade imediata de um tratamento de canal, utilizando o procedimento de capeamento pulpar direto, já que a exposição pulpar foi recente e não houve tempo suficiente para que bactérias colonizassem a área exposta da polpa.

Como exame complementar para o diagnóstico, foi realizado o exame radiográfico periapical do elemento 21 (Figura 45), através do qual foi observada a presença da uma fratura coronária longitudinal, ápice aberto e que não havia alterações periapicais e periodontais.

Figura 45 –Exame radiográfico periapical do elemento 21.

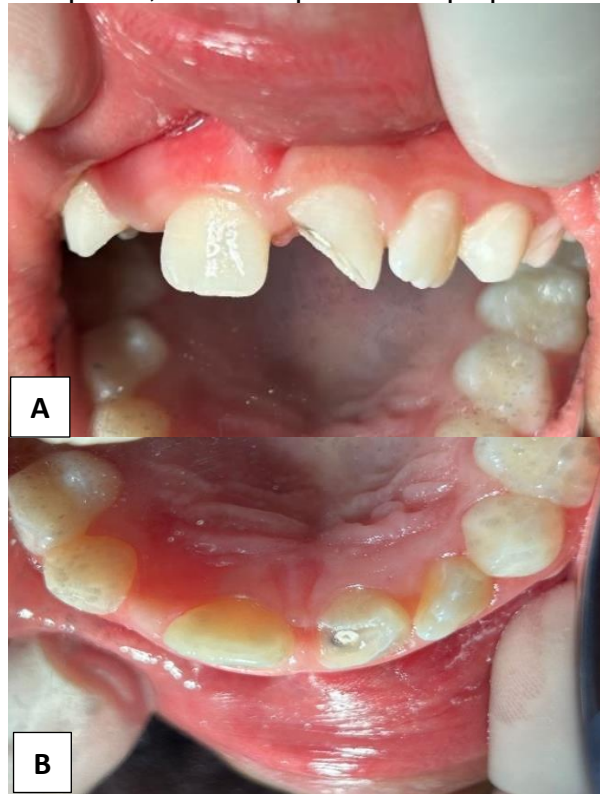


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Portanto, foi possível concluir que o diagnóstico era uma fratura extensa no elemento 21 (incisivo central superior esquerdo) do ângulo mesial subgingival, envolvendo esmalte, dentina e com exposição pulpar. Além disso, o paciente já havia sido atendido no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), onde o profissional

realizou um capeamento pulpar direto com a utilização do hidróxido de cálcio, por seu efeito biológico, e na tentativa de cicatrização da polpa e permitir que se formasse tecido dentinário no local (Lopes; Siqueira Júnior, 2020), e também o selamento do dente com ionômero de vidro que soltou, como ilustrado na figura 46A e B.

Figura 46 – Arcada superior, com o capeamento pulpar direto no elemento 21.



Sendo: (A) vista anterior e (B) vista oclusal. Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Quando houver exposição pulpar, a tentativa será a de sua preservação. Tratando-se de microexposições da polpa, realiza-se capeamento pulpar direto, usando-se hidróxido de cálcio. Em elementos dentais com rizogênese incompleta (raiz em fase de formação) tem-se alto índice de reparação pulpar com capeamento direto (proteção do tecido pulpar com hidróxido de cálcio) ou pulpotomia (remoção parcial do tecido pulpar, somente na câmara pulpar) mais colocação de hidróxido de cálcio. No entanto, nos casos de necrose pulpar ou de impossibilidade da realização de capeamento pulpar está indicado o tratamento endodôntico do elemento dental (Cruz *et al.* 1999, p. 2).

Após avaliar todos os quesitos da condição dental do paciente, com os exames realizados e sob a orientação do Prof. Me. Ricardo Augusto Barbosa, o plano de tratamento foi manter o capeamento pulpar direto e realizar uma Restauração Classe IV- mesial em Resina Composta do elemento 21. Os seguintes aspectos foram levados em consideração para a tomada de decisão: o paciente não apresentou

sintomatologia após a realização do capeamento pulpar direto no CEO, o dente apresentava reações normais ao teste de vitalidade e o exame radiográfico não mostrou alterações significativas. A figura 47 mostra a mesa clínica preparada para a execução do tratamento proposto.

Figura 47 –Mesa clínica preparada para a realização do tratamento proposto.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Segundo Reis, Gazzoni e Conde (2020), o capeamento pulpar direto, ou proteção pulpar, é um procedimento importante que pode ser utilizado em casos de exposição pulpar, com a finalidade de manter a polpa viva. Dentre os materiais mais utilizados para esse procedimento, podemos encontrar o hidróxido de cálcio, um material biocompatível, que também tem ação antibactericida e antimicrobiana, cuja finalidade é a formação de tecido mineralizado na área que foi afetada, estimulando a neoformação de dentina no local.

Ainda de acordo com o autor, o prognóstico é favorável e o material tem sido amplamente utilizado no capeamento pulpar, pois suas vantagens vão desde impedir o crescimento de bactérias até sua efetividade em induzir a mineralização, a regeneração da polpa e também formação de dentina (Reis; Gazzoni; Conde, 2020).

Durante o tratamento, foi necessário realizar a anestesia local infiltrativa no elemento 21, complementando com a interpapilar e palatina, utilizando primeiro o anestésico tópico Benzocaína 20% em uma bolinha de algodão e, posteriormente, o anestésico local Lidocaína 2% embutido na carpule e com a agulha curta, onde se

esperava uma reação de medo por parte do paciente que ainda não estava habituado com o tratamento odontológico, porém, ele se comportou muito bem e foi super colaborador.

Logo após, foi efetuada a escolha da cor da resina composta com a ajuda do Prof. Me. Ricardo e com o uso da Escala Vita em luz ambiente. Com posterior profilaxia do dente com uso de pasta profilática e escova de Robson no micromotor em baixa rotação, e depois logo em seguida foi utilizada broca troncocônica diamantada em alta rotação e com irrigação para realizar o preparo da superfície do esmalte dental para receber a resina composta, através do bisel nas extremidades vestibular e palatina.

Então, fizemos o isolamento relativo do dente com o uso de roletes de algodão e o auxiliar utilizando o sugador. Com isso, utilizou-se a matriz de aço para isolar o dente em questão, do dente vizinho (elemento dental 11), pois não foi possível conseguir o isolamento efetivo com a matriz de poliéster. E foi realizado o condicionamento ácido seletivo com ácido fosfórico 37%, somente em toda a extensão do esmalte, por 15 segundos e, posteriormente, a lavagem com água da seringa tríplice por 30 segundos, o dobro do tempo.

Depois, fizemos troca dos roletes de algodão e a remoção do excesso de umidade no dente com bolinha de algodão, logo em seguida utilizamos o adesivo Single Bond Universal em toda a extensão da fratura, em esmalte e dentina, com o microbrush de tamanho fino, com posterior jato de ar para evaporar o solvente presente no adesivo. Imediatamente, foi usado o fotopolimerizador durante 20 segundos para fotopolimerizar o adesivo.

Ademais, fizemos a restauração definitiva em resina composta do dente 21 com a assistência do kit clínico (espelho bucal, sonda clínica e espátula clínica), das espátulas de resina preconizadas pela disciplina de Dentística (Figura 48), o pincel específico e as resinas compostas escolhidas, de dentina, de corpo e de esmalte, todas Filtek Z350, 3M, na cor A1 e também uma resina translúcida para finalizar. Sendo usadas de forma incremental e com polimerização gradual para efetivar as propriedades do material.

Figura 48 – Materiais utilizados para restauração em resina composta.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Por fim, fizemos a remoção da matriz, do isolamento relativo e o ajuste oclusal com a ajuda da pinça Miller e papel carbono, pedindo para o paciente ocluir as arcadas dentais e observando se havia alguma interferência. Além disso, realizamos a radiografia periapical final para conferir se a restauração estava bem adaptada e sem falha alguma.

Em seguida, fizemos o acabamento e polimento da restauração finalizada, com o uso de brocas multilaminadas e diamantadas de granulação fina e extrafina, tira e disco de lixa e discos de feltro com pastas específicas de polimento, tudo do kit TDV, e depois lavamos com o uso da seringa tríplice e do sugador. A figura 49 mostra a restauração em resina composta do dente 21.

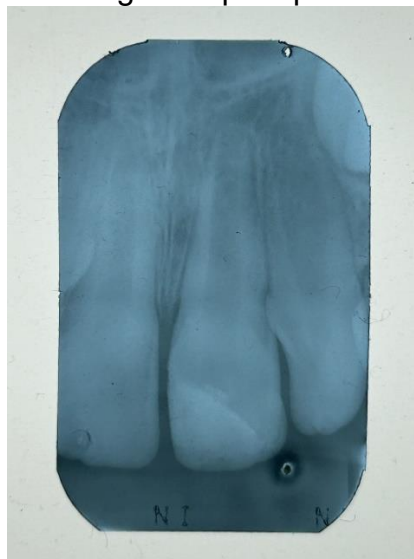
Figura 49 –Restauração com resina composta do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

É importante ao final da sessão, instruímos a responsável sobre os cuidados para serem tomados na alimentação, na higienização e também a importância da preservação e do retorno para controle clínico e radiográfico do elemento traumatizado. Foi realizada uma radiografia periapical final (Figura 50) para conferência de adaptação da restauração, e agendamento para o paciente retornar na semana seguinte ao atendimento de urgência, pois seria realizada uma nova avaliação do dente em questão e exame radiográfico para controle.

Figura 50 – Exame radiográfico periapical final do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Segundo Fracasso *et al.* (2016), é fundamental o retorno e acompanhamento do paciente em consultas regularmente, onde será realizada uma avaliação completa com exames clínico e radiográfico. Isso se torna essencial para prevenir possíveis complicações após o trauma, principalmente em crianças que possuem maior risco. Logo, cabe ao profissional (cirurgião dentista) orientar pais e/ou responsáveis em relação a importância dessas consultas.

Conforme destacado por Carvalho *et al.* (2020), é crucial que os dentes traumatizados sejam acompanhados regularmente por um período prolongado, a fim de prevenir, reduzir ou até mesmo evitar alterações tardias, como necrose pulpar, reabsorção dentária, anquilose, calcificação pulpar e escurecimento coronário, que podem ocasionar comprometimento estético e funcional dos dentes.

Desta forma, fica expressamente claro que é fundamental o retorno do paciente às consultas agendadas, portanto, segundo Carvalho *et al.* (2020), o surgimento de complicações após o trauma dentário é influenciado pelo tempo e a qualidade do atendimento inicial recebido. No entanto, a complicação tardia mais observada é a necrose pulpar, pois a polpa, mesmo com todos os cuidados anteriores, quando exposta à cavidade oral está sujeita a contaminação bacteriana. Já a reabsorção interna e calcificação pulpar são pouco observadas. Essas complicações podem aparecer semanas, meses ou anos depois do traumatismo, dessa forma, é necessário um acompanhamento de rotina, pois elas interferem diretamente no bom prognóstico do dente envolvido. Vale ressaltar que a responsável foi informada sobre as possíveis alterações que podem ocorrer no dente que sofreu traumatismo e quanto à necessidade de comparecer às consultas de retorno para um acompanhamento adequado do caso.

Foi muito gratificante para mim ver a satisfação do paciente e também de sua mãe através dos agradecimentos e do sorriso fácil no rosto dele. Havia sido relatado que em sua escola, ele estava mais tímido e retraído que o normal, e ver que não só recuperamos a saúde e a função da cavidade bucal (Figura 51), mas também a autoconfiança, autoestima e também a alegria de uma criança se tornou memorável.

Figura 51 – Aspecto final da restauração do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Assim, o paciente retornou uma semana após o procedimento restaurador do elemento 21 e realizamos um novo exame clínico e radiográfico do dente em questão, onde não foi observada nenhuma alteração no ligamento periodontal e no ápice da raiz do mesmo. Posteriormente a isso, realizamos um refinamento do polimento da restauração (Figura 52) com os materiais já citados anteriormente no trabalho, para melhorar ainda mais a condição do paciente e o seu contentamento.

Figura 52 – Pós-operatório da restauração em resina composta após o polimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Caroline Silva Pereira Gouvêa

Quando procuro o significado do que é sonhar, encontro em sua maioria, que se trata de um objetivo de vida que se almeja alcançar, podendo passar até a orientar nossas vidas. E assim foi com a Odontologia em minha vida.

Em meio a angústia de deixar para trás a calmaria de viver junto aos meus pais com o intuito de embarcar em uma jornada desafiadora de autoconhecimento, ao sair de cada aula prática, desde os primeiros períodos da graduação, me sentia acalentada pela certeza de ter feito a escolha certa.

Durante os cinco anos vivenciados, pude adquirir grandes ensinamentos, não só sobre a teoria do curso, mas principalmente sobre uma Odontologia humanizada.

Finalizo meu relato de vivência com o coração feliz, não somente por todos os conhecimentos que obtive durante o período da ação, como também pela oportunidade de apresentar a todos o trabalho da Por1Sorriso, que por meio da Odontologia, tem levado amor, autoestima e saúde a todos que precisam.

Me despeço dessa etapa com o coração grato por tudo que pude aprender, e levo comigo a certeza de que nós cirurgiões dentistas temos a dádiva de cuidarmos não apenas de problemas dentários, mas sim de pessoas como um todo, cada um com sua singularidade.

3.2 Autoavaliação da aluna Lara Conde Ferreira

Durante os últimos cinco anos de minha formação em Odontologia, em busca da meta de me tornar cirurgiã dentista, deparei-me com diversos desafios, que incluíram inseguranças, temores e momentos de alegria. Hoje, esses sentimentos foram substituídos por uma profunda sensação de gratidão e contentamento ao refletir sobre a jornada percorrida. Estou firmemente convencida de que seguir esta trajetória foi a melhor decisão que poderia ter tomado.

Ao longo deste processo, pude ver de perto como a odontologia pode ter um impacto positivo na vida das pessoas. Ao concluir este trabalho, paro para refletir sobre as lições aprendidas durante minha trajetória acadêmica. Primeiramente, dedico

esta conquista com amor e gratidão a Deus, pois ao longo desses anos pude experimentar a presença de uma força maior ao meu lado.

3.3 Autoavaliação da aluna Lara Maria Silva

Medos, inseguranças, incertezas.... Um misto de sentimentos! A Odontologia, como qualquer área da saúde, traz consigo inúmeros desafios na prática clínica, pois há a consciência por parte do operador de que se algo não correr da forma planejada, é a saúde de um ser humano que está em jogo. Desde a primeira anestesia até o primeiro tratamento endodôntico, eu tive medo, medo de não dar conta, medo da execução incorreta e medo até mesmo da percepção que os professores tinham sobre mim como futura profissional. Portanto, o que me trouxe até aqui, no último ano de curso, com algumas inseguranças ainda, mas sem medos e receios, foi a minha coragem e vontade de ser um pouco melhor a cada dia na prática clínica; e também a minha fé, que sempre foi o meu alicerce para alcançar a resiliência, tendo a capela do Unilavras como um local de refúgio para os momentos difíceis.

A faculdade de Odontologia do Unilavras sempre foi muito completa e hoje está ainda mais tecnológica, tendo em vista a gama de equipamentos odontológicos de ponta. Desse modo, eu posso dizer que estou saindo muito bem direcionada, com um conhecimento vasto e apaixonada pela escolha que fiz. Tendo em vista os inúmeros aprendizados, experiências adquiridas e os laços afetivos efetuados, posso dizer que sentirei saudades. De acordo com Carlos Drumond Andrade “a saudade anda para a frente, não para trás como cremos. A gratidão do passado empurra a saudade para o futuro para acrescentar sensações e impressões...” Eu seguirei em frente com saudades, mas de cabeça erguida. Irei honrar os conhecimentos perpetuados na Odontologia do Unilavras, pois aqui eu pude perceber como um sorriso influencia na aparência e nas emoções de um ser humano. Agradeço por ter o privilégio de ser instrumento para a realização de tantos sonhos.

3.4 Autoavaliação da aluna Maria Fernanda Resende Valério

Ao refletir sobre minha jornada até o momento, sinto-me profundamente grata por todas as experiências enriquecedoras que pude vivenciar durante esses cinco anos na faculdade de Odontologia.

No decorrer desta caminhada, aprendi lições valiosas que me moldaram tanto profissionalmente, como também auxiliaram meu crescimento pessoal. Em meu coração encontro um misto de sentimentos enquanto escrevo esta autoavaliação, mas principalmente me sinto grata por cada pessoa que contribuiu com o meu desenvolvimento.

Aos professores e profissionais que se dedicaram a transmitir conhecimento e inspiração, suas orientações não apenas ampliaram minha visão acadêmica, como também me motivaram a buscar excelência em cada área de aprendizado.

Os pacientes que confiaram em mim durante a prática clínica, com suas histórias e desafios reforçaram meu compromisso de me dedicar à sua saúde e bem-estar.

Cada interação com essas pessoas me ensinou a importância da empatia, do cuidado genuíno e da responsabilidade que conduz o papel de um profissional da saúde. Agradeço a oportunidade de servir como ferramenta de transformação na vida das pessoas.

Que eu possa continuar adquirindo conhecimento, evoluindo e oferecendo serviços de qualidade aos meus pacientes, de modo a contribuir positivamente para a comunidade e para a profissão que escolhi com profundo amor e dedicação.

Ao escolher a Odontologia como vocação, pude entender que sua beleza reside em sua capacidade de restaurar não apenas o sorriso estético, mas também a saúde bucal e, conseqüentemente, a saúde geral do paciente, influenciando diretamente em sua qualidade de vida.

4 CONCLUSÃO

Ao finalizarmos nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), refletimos sobre o nosso grande progresso como pessoas e profissionais da saúde, crescimento esse moldado pelas diversas experiências envoltas em um misto de sentimentos.

Compreendemos que a Odontologia não deve se restringir apenas a procedimentos curativos, mas primordialmente, focar em tratamentos preventivos. Nesse sentido, como futuros cirurgiões dentistas, cabe a nós buscar a conscientização dos pacientes no que tange à prevenção e a realização de condutas de mínima intervenção.

Ademais, nos conscientizamos sobre a importância de proporcionar um atendimento humanizado para cada indivíduo, considerando tanto suas necessidades físicas, relacionadas à saúde bucal e estética, como também seu bem estar psíquico, emocional e social.

Por fim, concluímos que nossa jornada está apenas em seu início, portanto, temos a certeza de que ainda enfrentaremos desafios significativos. Todavia, o que semeamos em nossos corações é o desejo de permanecermos comprometidos com a ética profissional e o cuidado dedicado aos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B.C.S de; REZENDE, Y.S. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado a retalho deslocado coronariamente para o recobrimento de raízes expostas**: revisão de literatura. 2018. 23 f. TCC (Bacharelado em Odontologia) – Aracaju, 2018. Disponível em: <<https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2922/ENXERTO%20E%20TECIDO%20CONJUNTIVO%20SUBEPITELIAL%20ASSOCIADO%20A%20RETALHO%20DESLOCADO%20CORONARIAMENTE%20PARA%20O%20RECOBRIMENTO...%20%28UNIT-SE%29.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 jun. 2024.
- ASSANEZI, E.; PASSANEZI SANT'ANA, A.C. **Periodontia**: o essencial para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2018.
- BENTO, L.I.; FAVRETTO, C.O.; DANELON, M. Traumatismo recorrente na dentição decidua e suas implicações: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v. 10, n. 5, p. 2, 2021.
Disponível em: <<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/5084>>. Acesso em: 21 maio 2024.
- BITENCOURT, S.B. *et al.* Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 36, n. 1, p. 24- 29, jan./jun. 2015.
Disponível em: <<https://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/07/03.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2024
- CALHEIROS, A.F. *et al.* Movimentação ortodôntica em dentes com comprometimento periodontal. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 111-118, mar./abr. 2005.
- CAMACHO, D.P. *et al.* Resinas acrílicas de uso odontológico à base de polimetilmetacrilato. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 6, n.3, p. 63-72, mar./maio 2014.
Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20140515_200125.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2024.

CARVALHO, E. dos S.; TRINDADE, R.A.; SILVA, B.M.M.; BACELAR, L.M.; CANGUSSU, M.C.T.; CERQUEIRA, J.D.M. Prevalência e complicações das lesões dentárias traumáticas. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 19, n. 3, p. 394–399, 2020.

Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?q=Preval%C3%A7%C3%A3o+e+complica%C3%A7%C3%B5es+das+les%C3%B5es+dent%C3%A1rias+traum%C3%A1ticas&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart>. Acesso em: 21 maio 2024.

CATIRSE, A.B.C.E.B. *et al.* **Manual de materiais dentários**. 2020. 284 f. Manual (Departamento de Materiais Dentários e Próteses) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5671955/mod_resource/content/1/Manual_2020.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

CLEMENTINI, M., *et al.* **Long-term results of the treatment of gingival recession with a connective tissue graft**. *Clinical Oral Implants Research*, 26(4), 421-426, 2015.

COSTA, S.C.; REBOLLAL, J.; BRAZ, D.B.U. **Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas**. 1. ed. Nova Odessa: Napoleão, 2012.

CRUZ, E.; CERVANTES, O.; ABRAHÃO, M.; MIRANDA, S.L.; SANTANA, S.H.; MUNECHIKA, M. Trauma Dental: o que fazer? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 268-271, 1999.

Disponível em: <<https://bjan-sba.org/article/5e498c210aec5119028b4968/pdf/rba-49-4-268.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2024.

FERRUZZI, F. *et al.* **Manual clínico de prótese total**. 1. ed. Maringá: Uningá, 2022.

Disponível em: <<https://uninga.br/wp-content/uploads/2022/07/MANUAL-CLINICO-DE-PROTESE-TOTAL.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FRACASSO, M. de L.C.; SANTIN, G.C.; TERRA, G.M. de O.; MARTIOLI, G.; PROVENZANO, M.G.A.; CAMILO, A.; MACIEL, S. M. Injúrias Dentárias em Dentes Decíduos: estudo longitudinal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 461-471, set./dez. 2016.

GENARI FILHO, H. *et al.* **Prótese total: manual de laboratório**. 2018. 72 f. Manual – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2018.

Disponível em: <<https://www.foa.unesp.br/Home/ensino/graduacao/apostila-de-protese-total-2018.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2024.

KREVE, S.; DIDIER, A. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso.

Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.19, n. (Especial 22), p. 45-59, jan. 2016.

Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/31613-Texto%20do%20artigo-84745-1-10-20170129%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/31613-Texto%20do%20artigo-84745-1-10-20170129%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2024.

LINDHE, J.A.N., KARRING, T.; LANG, N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005. p.1013.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR, J.F. **Endodontia**: Biologia Técnica. 5. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2020. 513 p.

Disponível em:

<

LUNA, A.; CARDOSO, R. Inter-relação do tratamento ortodôntico com a doença periodontal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 4 n. 5, set. 2022.

MAÑAS, A. V.; MEDEIROS, E.E de. Terceiro setor: um estudo sobre a sua importância no processo de desenvolvimento socio-econômico. **Perspectiva em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 2, n. 2, p. 15-29, jul./dez. 2012.

Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TerceiroSetor-4264310%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TerceiroSetor-4264310%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2024.

MARQUES, D.F.S. **Tratamentos ortodônticos em pacientes periodontais**. 2021. 52 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2021.

MARTINS, A.L.B.; ALMEIDA, L.P.A.; DOTTA, T.C.; VALENTE, V.S. Conversão de prótese total convencional em overdenture. **Full Dent. Sci.**, v. 13, n. 52, p. 111-116, 2022. Disponível em: <<https://editoraplena.com.br/wp-content/uploads/2023/01/111-116-conversao-de-protese.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SBBrasil 2010**. Pesquisa nacional de saúde bucal – Resultados principais. Brasília, 2011.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sb-brasil-2020/arquivos/2010/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

MIRANDA, G.P. *et al.* Moldeira individual modificada para realização da moldagem funcional e registro interoclusal na mesma consulta. **Arch Health Invest.**, v. 10, n. 2, p. 340-344, 2021.

Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/mcrar,+Archi+v10+n2+-27+-+2021+-+Original+27.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2024.

MONTEIRO, R.P. Recobrimento Radicular Cirúrgico: Técnicas de Tunelização Vs. Retalhos de Reposicionamento Coronal. 2017. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Periodontia) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2017. Disponível em <<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/6180>>. Acesso em: 26 jun. 2024.

NOGUEIRA, S.S. *et al.* **Reabilitação oral com próteses totais**: prática clínica e laboratorial. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555769111/>>. Acesso em: 24 abr. 2024.

NOTINI, D.M. da C. M. **Tratamento ortodôntico em adultos com comprometimento periodontal**. 2018. 41 f. Monografia (Especialização em Ortodontia) - Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Belo Horizonte, 2018.

OLAK, P.A. Conceitos econômicos aplicados à contabilidade de entidades privadas sem fins lucrativos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS – ABC, [S.n.], [S.I.], 1999. **Anais...** [S.I.], 1994.

Disponível em: <https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/3160>. Acesso em: 15 jun. 2024.

OLIVEIRA, F.T. da S. de. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos**. 2013. 25 f. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais/Minas Gerais, 2013. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4125.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

PIENEGONDA, I.; RINALDI, M. **Implantes imediatos com carga imediata após extração dentária**. 2020. 28 f. TCC – (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Uniguiracá, Guarapuava 2020. Disponível em:

<<http://repositorioguairaca.com.br/jspui/bitstream/23102004/250/1/Implantes%20imediato%20com%20carga%20imediata%20ap%C3%B3s%20extra%C3%A7%C3%A3o%20dent%C3%A1ria.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

PIVA, F.; POTTER, I.G.; SARI, G.T.; KLEIN-JÚNIOR, C.A.; SOUZA, F.H.C. de; Atendimento de urgência frente ao traumatismo alvéolo dentário. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 67, n. 4, 2013.

REIS, M. dos; GAZZONI, A.F.; CONDE, A. Proteção Pulpar Direta em Odontologia: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v. 22, n.1, 2020. Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?q=PROTE%C3%87%C3%83O+PULPAR+DIRETA+EM+ODONTOLOGIA:+UMA+REVIS%C3%83O+SISTEM%C3%81TICA+DE+LITERATURA.&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart>. Acesso em: 21 maio 2024.

MESQUITA, P. SPEMD – Biênio 2016-2017. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 54. Ano 15.

Disponível em: <<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-330-numeros-anteriores-ano-2015>>. Acesso em 21 maio 2024.

RIBEIRO, A.L. **Implante imediato em região estética da maxila**. 2022. TCC (Graduação em Odontologia) - Universitário Sagrado Coração, UNISAGRADO, Bauru, 2022.

RODRIGUES, D.C; ALVES, R; SEGUNDO, T.K. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular: estudo "in situ". **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n1/a21v58n1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2024.

ROLIM, J.C.M; MARCHIORI, M. **Etiologia multifatorial da retração gengival**. 2023. 11 f. TCC. (Curso de Odontologia) – Faculdade Anhanguera, 2023. Disponível em: <<https://repositorio.pgsscogna.com.br/handle/123456789/65905>>. Acesso em: 26 jun. 2024.

RUBO, J.H. Testes fonéticos em reabilitação oral. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MOTRICIDADE OROFACIA, [S.n.], 2016, Bauru. **Anais...** Bauru, 2016. Disponível em: <<https://www.abramofono.com.br/wp-content/uploads/2017/03/anais-ix-ebmo-ebook.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2024.

SANTOS, A.; MOLLO, M. Intrusão ortodôntica no tratamento de dentes com comprometimento periodontal. **Rev. Odontol. Univ. Cid.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 209-219, set./dez. 2012.

SANZ, M., *et al.* "Periodontal tissue regeneration: biological principles and clinical applications." **Periodontology** 2000, 68(1), 59-83, 2015.

FONTANARI, G., *et al.* (2009). "Tissue response to connective tissue grafts for the treatment of gingival recessions." *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 8(2), 113-117. SANTOS, D.G. dos; RIBEIRO, A.L.R.; TORRES, F.F.; REIS, R.S. dos. Classificação das doenças e condições periodontais e Peri-implantares. **Revista da Universidade do Sul de Santa Catarina**, Santa Catarina, v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/F9F6gnVnNm6hFt6MBrJ6dHC/>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SILVA, L. *et al.* Conceitos atuais de exodontia a traumática: Revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Braz Cubas**, v. 10 n. 1. jan./jun. de 2020. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/roubc/article/view/721>

STEFFENS, J.; MARCANTONIO, R. Classificação das doenças e condições periodontais e periimplantares: guia prático e pontos chave. **Rev Odontol UNESP.**, v. 47, n. 4, p. 189-197, jul./ago. 2018.

TELLES, D. **Prótese Total Convencional**. Livro do estudante. 1. ed. [S.l.]: Santos, 2011. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0206-0/>>. Acesso em: 24 abr. 2024.

TOMAZINHO, L. *et al.* Desmistificando a reabsorção radicular externa: Revisão da literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 5 n. 3, jun. 2023.

TURANO, J.C.; TURANO, L.M.; TURANO, M.V.B. **Fundamentos de Prótese total**. 9. ed. 1. reimp. São Paulo: Santos, 2012.

VALDES, B.S.R. **Avaliação de dois protocolos de controle químico do biofilme supragengival durante a fase ativa e de manutenção do tratamento periodontal não cirúrgico**: dados preliminares. 2018. 77 f. Tese (Doutorado em Periodontia) - Universidade Universus Veritas Guarulhos, 2018, 77 p. Disponível em: < Plataforma Sucupira (capes.gov.br) >. Acesso em: 26 jun 2024.

- VENTURIM, R.T.S; JOLY, J.C; VENTURIM, L.R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento de recessão gengival. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372011000500020>. Acesso em: 26 jun. 2024.
- VOLPATO, C.A.M. et al. **Próteses odontológicas**: Uma visão contemporânea. 1. ed. 1. reimp. São Paulo: Santos, 2013.
- WAN, W.; ZHONG, H.; WANG, J.J. Creeping attachment: A literature review **Esthet Restaurador Dent.**, v. 32, n. 8, p. 776-782, dez. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32896991/>>. Acesso em: 10 abr. 2024.